Rok XXXV. Kraków 15. Sierpnia 1896. Nr. 33.

Redakcya:
Przy ulicy Basztowej Nr. 4.

Administracya:
Szpital św. Ludwika, przy ulicy Strzeleckiej Nr. 2.

Ekspedycya miejscowa:
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny, 36.

Ogłoszenia
przyjmują: w **Krakowie** Administracya a w **Paryżu** p. Adam 81. rue des Saints Pères.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH
KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota.

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

Przedpłatę
przyjmują:
Administracya i księgarnia p. Krzyżanowskiego w **Krakowie**, nadto w Niemczech, Król. Polskiem i Rosyi urzędy pocztowe w **Warszawie** księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w **Paryżu** p. Adam 81, rue des Saints Pères w **Nowym Jorku** Dr. Bronisław Grabowicz 137. Clinton and 180 Broome Streets.

Rękopisy
zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer
osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

	w Austryi	w Król. Polskiem i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
Rocznie:	8 złr. 80 ct.	6 rsr.	14 mk.	24 fr.
Półrocznie:	„ 4 „ 40 „	„ 3 „	„ 7 „	„ 12 „
Kwartalnie:	„ 2 „ 20 „	„ $1^1/_2$ „	„ $3^1/_2$ „	„ 6 „

Treść:

C. k. Dyrekcya kolei państwowej.

OGŁOSZENIE.

Z dniem 15. Września b. r. obsadzona zostanie posada lekarza kolejowego w Stanisławowie dla III. okręgu lekarskiego.

Okręg ten obejmuje personal służbowy ogrzewalni, magazynu materyałów, czterech biur sekcyj konserwacyi kolei żelaznych, tudzież personal na linii kolejowej Stanisławów-Bratkowce (wył.).

Tytułem wynagrodzenia za pełnienie obowiązków lekarskich w powyższym okręgu ustanowiona jest roczna płaca w kwocie 900 złr. w. a. tudzież ryczałtowy dodatek wozowy 100 złr. rocznie.

Ubiegający się o tę posadę lekarza, doktorzy wszech nauk lekarskich, tutejszo-krajowcy, którzy nadto wykazać się mają przynajmniej jednoroczną praktyką szpitalną, zechcą wnieść dotyczące podania należycie ostemplowane wraz z dokumentami najdalej do 1. Września 1896. do c. k. Dyrekcyi kolei państwowej w Stanisławowie.

Stanisławów dnia 5. Sierpnia 1896.

156—1—1 **C. k. Dyrekcya kolei państwowej.**

OGŁOSZENIE.

Z dniem otwarcia nowo wybudowanych linij kolejowych Halicz-Ostrów i Tarnopol-Kopyczyńce, będą obsadzone następujące **posady lekarzy kolejowych:**

1) w Lipicy dolnej dla przestrzeni z Bołszowiec (excl.) do Mieczyszczowa (excl.) z płacą roczną 350 złr.

2) w Kozowie dla przestrzeni z Mieczyszczowa do Kozowy (excl.) z płacą 280 złr.

3) w Kozowie dla przestrzeni z Kozowy do Ostrowa-Berezowicy (excl.) z płacą 380 złr.

4) w Tarnopolu II. dla przestrzeni z Tarnopola (excl.) do Ostrowa-Berezowicy z płacą 180 złr.

5) w Mikulińcach dla przestrzeni z Ostrowa-Berezowicy (excl.) do Mikuliniec-Strusowa z płacą 180 złr.

6) w Trembowli dla przestrzeni z Mikuliniec (excl.) do Dereniowa z płacą 240 złr.

7) w Chorostkowie dla przestrzeni z Mszańca (excl.) do Kopyczyniec-Rudki z płacą 180 złr.

8) w Kopyczyńcach dla przestrzeni z Kopyczyniec-Rudki (excl.) do Kopyczyniec, tudzież od klm. 122·9 do klm. 128·3 linii kolejowej Stanisławów-Husiatyn z płacą 220 złr.

Ubiegający się o te posady lekarze, doktorzy wszech nauk lekarskich tutejszo-krajowcy, którzy nadto wykazać się mogą przynajmniej jednoroczną praktyką szpitalną, zechcą wnieść dotyczące podania należycie ostemplowane wraz z dokumentami najdalej do **1. Września b. r.** do c. k. Dyrekcyi kolei państwowej w Stanisławowie. 155—1—1

C. k. Dyrekcya kolei państw. w Stanisławowie.

Rok XXXV. Kraków 15. Sierpnia 1896. Nr. 33.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego.

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

Artykuły oryginalne.

I. Leczenie rzeżączki u mężczyzn metodą Janeta.

Wykład wygłoszony na posiedzeniu Towarz. lekarskiego krakowskiego w dniu 17. Czerwca 1896.

przez

Dra Eugeniusza Borzęckiego.

W leczeniu chorób zakaźnych najlepszą metodą leczniczą będzie ta, która albo w samym zarodku potrafi chorobę zniszczyć, albo już rozwiniętą, w jej przebiegu znakomicie skrócić, i to bez szkody dla narządu nią zajętego i niebezpieczeństwa dla chorego. By temu zadaniu podołać, trzeba by miejsce wejścia jadu było lekarzowi znane i widoczne, a przez to samo przystępne do zniszczenia, jako źródło mającej się rozwinąć choroby.

Najwięcej korzystne w tym względzie warunki posiadają choroby weneryczne: kiła i rzeżączka. Czy zmiana pierwotna kiłowa (*Sclerosis initialis*) jest tylko miejscowem wyrazem istniejącego już ogólnego zakażenia, czy też zostaje do pewnego czasu zmianą miejscową z której po tym pewnym czasie przychodzi do zajęcia całego ustroju? — oto pytanie, na które różnie odpowiadają autorowie. Wspomnę tylko, że kol. Zarewicz[1]), na podstawie kilku ściśle spostrzeganych przypadków przeszczepienia się zmiany pierwotnej na osobniku, już nią dotkniętym, słusznie utrzymuje, że przypadki te dowodzą, że zmiana pierwotna do pewnego czasu jest tylko miejscową, a nie znamionuje ogólnego zakażenia.

Dziś chciałem zwrócić uwagę Panów na rzeżączkę, która nim rozszerzy się czy to po powierzchni, czy w głąb błony śluzowej cewki, przedstawia pierwotnie tylko powierzchowne i ograniczone do pewnego czasu zajęcie tej błony. Myśl zniszczenia rzeżączki w samym jej początku, lub skrócenia jej przebiegu, znalazła już w początku przeszłego stulecia swoich wykonawców, kiedy w tym celu Musitanus (1701) polecał wstrzykiwanie zawiesiny kalomelu, Waazen (1771) rozczynów potasu żrącego. Najwięcej zwolenników znalazła ona we Francyi. Debeney, za nim Riccord, Mauriac, polęcali w tym celu wstrzykiwanie rozczynu azotanu srebrowego 1:30. Wyniki niekorzystne, bo tylko na cztery jeden dodatni, przytem bóle bardzo znaczne, jakie choremu leczenie to sprawiało, były powodem, że metody tej zaniechano. Nie lepsze wyniki otrzymano, stósując rozczyny silne środków przeciwgnilnych, jak sublimatu, salicylanu rtęciowego 1:5000, a nawet 1:700. Autorowie tych metod, nie znając podówczas przyczyny rzeżączki, przypuszczali tylko, że jest nią jakiś przyrzut, rozumowali słusznie, że skoro użyją środka tak żrącego, a tem samem przeciwgnilnego, jakim jest n. p. rozczyn azotanu srebrowego 1 : 30, lub sublimatu 1 : 700, uda im się przyrzut ten zniszczyć, a tem samem usunąć chorobę.

I takby było, gdyby błona cewki moczowej była powierzchnią gładką, wolną od gruczołów, a przyrzut rzeżączki *gc.* [2]), ograniczały się do zajęcia tylko powierzchownej warstwy przybłonka. Nowsze badania (Dinkler, Finger, Jadassohn) zmian anatomo-patologicznych błony śluzowej cewki, zachowania się i rozprzestrzenienia w niej *gc.*, dostatecznie wyświetlają przyczynę niekorzystnych wyników powyższych metod, jak również tłómaczą trudności, jakie tak często napotykamy w usunięciu rzeżączki.

Niepowodzenia innych nie zraziły Janeta, asystenta prof. Guyona, który w roku 1892. zabrał się do szukania środka i sposobu zastósowania go, jako metody bezwzględnie lub względnie poronnego leczenia rzeżączki. Nawiasowo nadmienić mi wypada, że mówiąc o rzeżączce, mam na myśli jedynie te stany chorobowe cewki, w których w wydzielinie z cewki, lub w jej braku, w nitkach znajdujących się w moczu, wykryć się dają *gc.*

Jak mi sam Janet opowiadał, poszukiwania i próby z różnymi środkami zabrały mu wiele czasu, albowiem gdy jedne, dając wyniki dobre, zanadto drażniły błonę cewki i trzeba było zaprzestać ich stósowania, inne, nie wywołując wprawdzie zbyt silnego odczynu, były równocześnie w działaniu swem obojętnymi. Wreszcie, jako lek najodpowiedniejszy w zamierzonym celu, uznał Janet nadmanganezian potasowy, a jako sposób najwłaściwszy stósowania go, — przepłukiwania cewki moczowej wielkiemi ilościami (litr) w rozczynach 1:4000 : 1000.

Autor[3]) odróżnia w rzeżączce:

1⁰ okres wtargnięcia *gc* — *(période de l'invasion gonococcique);*

2⁰ okres zmian anatomicznych;

3⁰ okres zakażeń wtórorzędnych *(La période des infections secondaires).*

Metoda podana przez niego uwzględnia jedynie okres pierwszy, a więc ma za zadanie usunięcie *gc.*, nie uwzględnia zmian następowych, jak nieżytowych i anatomicznych, wywołanych przez rzeżączkę.

Nim więc w danym przypadku przystąpi się do stósowania metody Janeta, trzeba upewnić się, że w wydzielinie

[1]) *Przegląd lekarski* 1895 Nr. 5.

[2]) Dla skrócenia *gc.* oznaczać będzie gonokoki.

[3]) Annales des Maladies des Organes génito-urinaires 1892.

błony śluzowej cewki znajdują się *gc.*, w razie przeciwnym, nic ma się czego po niej spodziewać.

Techniczna strona metody Janeta polega na przepłukiwaniu cewki moczowej mniej więcej litrową ilością odpowiedniego rozczynu $KMn O_4$, o ciepłocie około 40° C.

W tym celu pacyenta kładzie się na sofie lub stole, podobnym do chirurgicznego. Do końca rury kauczukowej irygatora, umieszczonego na wysokości 120—150 cm. nad poziomem cewki, przystósowuje się przyrząd zaopatrzony w oliwkę i kurek, by można dowolnie zamknąć lub otworzyć prąd płynu. Po dokładnem obmyciu ujścia cewki, żołędzi, rowka zażołędziowego i t. d. tym samym płynem, którym ma być przepłukana cewka, przystępuje się do przepłukiwania samej cewki. Pacyentowi polecamy przed przepłukaniem oddać mocz.

Przystępując do przepłukania cewki ujmuje się w lewą rękę prącie tak, że kciuk znajduje się mniej więcej bezpośrednio na tylnej ścianie prącia, na jego cewce, reszta palców na grzbiecie prącia, przez co można dowolnie każdej chwili światło cewki zamknąć, lub otworzyć. Włożywszy koniec oliwki do ujścia cewki, przepłukuje się najprzód sam początek cewki, uciskając w tym celu lewą ręką cewkę moczową w odległości mniej więcej 2 cm. od ujścia. W chwili, kiedy czuje się, że ściany cewki są przez wprowadzony płyn dobrze napięte, przerywa się prąd płynu, cofa nieco oliwkę z ujścia, by płyn wyszedł na zewnątrz, wprowadza znów oliwkę do ujścia cewki i, jak poprzednio, postępuje się dalej. Następnie przepłukuje się dalszą część cewki, uciskając w tym celu, a raczej zamykając światło cewki w kącie prącio mosznowym, wreszcie tuż poza workiem mosznowym na międzykroczu. Jeżeli rzeżączka zajmuje i część tylną, to przepłukanie rozciągać się winno i na nią. Ciśnienie, jakie wywiera płyn z irygatora ustawionego na wysokości 150 cm nad poziomem cewki, wystarcza zazwyczaj, by przezwyciężyć opór zdziergacza cewki — i wtedy płyn dostaje się na tylną część cewki. Jeżeli skurcz zdziergacza jest silniejszy (co często wydarza się przy zajęciu zapalnem tylnego odcinka cewki), to polecamy pacyentowi wywołać usiłowanie oddawania moczu, a wtedy bez trudności płyn przedostaje się ku tyłowi. Po każdem przepłukaniu zakłada się i umocowuje w stósowny sposób watę Brunsa poprzed ujście cewki; polecając to samo robić pacyentowi po każdem oddaniu moczu. Po pierwszem przepłukaniu winien pacyent wdziać bieliznę czystą.

Chodziłoby teraz tylko o oznaczenie odstępów czasu, w jakich przepłukiwania te mają być robione. Pytanie zasadniczego znaczenia, gdyż jeżeli odstęp czasu między jednem i drugiem przepłukaniem jest za długie, *gc.* mają czas do rozwoju (jedno przepłukanie doszczętnie ich bowiem nie usuwa); jeżeli zaś robi się go w zbyt krótkich odstępach, to *gc.* się wprawdzie nie znajdują, ale to wywołuje zbyt silny odczyn na błonie śluzowej cewki. Skrzętne badania mikroskopowe wydzieliny z cewki, po takim przepłukaniu, co do braku lub obecności *gc*, pozwoliły wreszcie Janetowi podać ze ścisłością matematyczną te odstępy czasu, w których mają być przepłukiwania robione, a których stanowczo dowolnie zmieniać nie należy, jeżeli metoda ta ma dać wynik korzystny.

I tak: jeżeli metoda ta ma być zastósowaną w rzeżączce, będącej w samym początku, t. j. trwającej zaledwo 1—2 dni, (leczenie ściśle poronne), lub — rzeżączce ostrej, której okres największego nasilenia minął, to przepłukiwania robić należy [4]):

1. dzień I. rano $^1/_{4000}$ II. wieczór $^1/_{4000}$.
2. „ III. „ $^1/_{3000}$ IV. „ $^1/_{5000}$.
3. „ V. po południu $^1/_{2000}$.
4. „ VI. rano $^1/_{2000}$ VII. wieczór $^1/_{4000}$.
5. „ VIII. „ *Ua* $^1/_{1000}$ (*2U* $^1/_{2000}$).
6. „ IX. *Ua* $^1/_{1000}$ rano.
7. „ X. *Ua* $^1/_{1000}$ rano.
8. „ XI. *Ua* $^1/_{500}$ (*2U* $^1/_{1000}$).

W rzeżączkach przewlekłych, w którym to razie metody tej nie można nazwać ściśle poronną, ale skracającą przebieg choroby (*Koupierende Behandlung*) przepłukuje autor zawsze *2 U* i to w I. dniu rozczynem $^1/_{4000}$, w 2, 3, 4, 5, 6, 7 $^1/_{2000}$; od 8—12 dla *Up* $^1/_{1000}$, dla *Ua* $^1/_{500}$.

Pierwotnie, w publikacyi pierwszej z roku 1892, podał Janet nieco odmiennie wzór tych przepłukiwań, mianowicie dotyczących rzeżączek świeżych. Polecał robić w I. dniu 3 przepłukań, stósowanych co 5 godzin, w II. i następnych sześciu dniach po 2 dziennie, robione więc co 12 godzin.

Widocznie wielka niedogodność, jaka wyniknąć musi w pierwszym dniu i dla chorego i dla leczącego, bo przepłukanie trzecie wypadnie zawsze w nocy, wpłynęły na zaniechanie jej, a zalecenie drugiej modyfikacyi.

Co do rzeżączek, które nadają się do zastósowania tej metody, to Janet w pierwszej swej publikacyi z roku 1892. wyklucza jako nieodpowiedne: rzeżączki u szczytu ostrego rozwoju, dalej rzeżączki z powikłaniami przez nie wywołanemi ze strony narządu gruczołowego cewki moczowej (Littrego, Cowpera, krokowego), które poprzednio należy usunąć, podobnie z zapaleniami sznurków nasiennych i przyjądrzy.

Według Janeta, a za nim większości autorów, którzy się jego metodą posługiwali, w 80—90% rzeżączek według niej leczonych, osięga się wynik dodatni już w ciągu 8 dni, to jest, że rzeżączka ustępuje.

By zrozumieć, czemu właściwie należy przypisać tak świetne wyniki, przypatrzmy się przebiegowi klinicznemu i zachowaniu się wydzieliny z cewki moczowej, jakie zachodzą w ciągu stósowania tego leczenia. Jeżeli weźmiemy przypadek rzeżączki będącej w początku rozwoju, w którym wypadku według pierwotnych wskazówek Janeta zrobiliśmy w dniu pierwszym 3 przepłukań, w drugim i następnych po 2, to przebieg kliniczny przedstawi się jak następuje: po I. przepłukaniu wydzielina, badana po 5 godzinach, przedstawia się jako ciecz surowicza, wodnista, pod mikroskopem nieliczne ciałka ropne, komórki przybłonka, brak zupełny *gc.* Przepłukanie to nie sprawiło pacyentowi żadnej przykrości, ujście cewki blade, nie obrzękłe. Po przepłukaniu II. (zrobionem w odstępie znowu 5 godzin) badanie przedsięwzięte po 5 godzinach, (a więc 10 od I. przepłukania) wykazuje: wydzielina podobnie surowicza, czasem lekko różowa od małej domieszki krwi, obraz mikroskopowy jak poprzednio, *gc.* brak, ujście cewki obrzękłe, oddawanie moczu nieco bolesne. Po III. przepłukaniu (znów w odstępie 5 godzin) zachowanie się wydzieliny z cewki makro- i mikroskopowe,

---

[4]) Annales de dermatologie et de syphil. 1893. X. Janet. Traitement abortif de la blennorrhagie par le permang. de potasse. Dla skrócenia przez *2U* oznaczać będziemy zajęcie całej cewki, *Ua* części przodowej, *Up* części tylnej.

jak poprzednio, ujście cewki jeszcze silniej obrzękłe, czasem obrzęk rozciąga się i na napletek, oddawanie moczu bolesne, prąd moczu słaby i wąski.

Jeżeli badamy dalszy przebieg po 12 godzinach, kiedy wypada robić IV. z rzędu przepłukanie, to znajdujemy, że obrzęk ujścia cewki jest znacznie mniejszy, oddawanie moczu mniej bolesne, wydzielina z cewki skąpa, surowicza, przedstawia pod mikroskopem ten sam obraz, jak poprzednio. Przepłukanie to (IV. z rzędu) bywa mało bolesne. Odtąd robią się dalsze przepłukiwania co 12 godzin, i badając w tych odstępach czasu zachowanie się cewki i wydzieliny, stwierdzamy, że ujście cewki powraca zwolna do stanu prawidłowego, a wydzielina surowicza staje się coraz skąpszą; gonokoków w niej od chwili, jak znikły z widowni po I. przepłukaniu, więcej nie wykrywamy. Przepłukiwania same, jak równie oddawanie moczu, są tylko miernie przykre dla pacyenta.

Wyżej opisany przebieg kliniczny, występujący w ciągu leczenia, o jakim mowa, ma posłużyć do zrozumienia działania leczniczego metody Janeta.

Działanie każdego przepłukania będzie mechaniczne, termiczne i chemiczne. Mechanicznem jest ono o tyle, o ile płyn do przepłukania użyty, stykając się dokładnie z każdym zaułkiem i fałdem błony śluzowej, tem samem usuwa ropę i wydzielinę wraz z *gc.*, zalegające na powierzchni błony śluzowej cewki. Wpływ termiczny najmniej może wchodzi w rachubę. Wprawdzie Finger wykazał, że ciepłota ponad 40° C., zabija *gc.*; jeżeli jednak uwzględni się, że trudno jest przez cały ciąg płukania utrzymać jednostajną ciepłotę płynu, a powtóre, że dosięga ona jedynie koki na powierzchni się znajdujące, to działaniu termicznemu nie można przypisać żadnej wybitniejszej roli. Pozostaje działanie chemiczne, przeciwgnilne. Badania dotyczące zachowania się *gc.* w hodowlach, w obec różnych środków antyseptycznych, przeprowadzone przez Fingera, Reissa wykazały, że nie są one zbyt odporne, i tak n. p.: rozczyn azotanu srebrowego 1 : 100, sublimatu 1 : 500 powstrzymuje zupełnie ich rozwój. Co do działania w tym kierunku $KMn\,O_4$ to Steinschneider i Schöffer spostrzegali, że nawet rozczyn $^1/_{1000}$ nie wywiera wybitnie ujemnego działania na rozwój *gc.* Nie należy jednak odmówić rozczynom nawet słabszym nadmanganezianu potasowego działania zabójczego na rozwój *gc.*, skoro już jedno przepłukanie rozczynem 1 : 400 potrafi je na pewien przeciąg czasu usunąć z wydzieliny cewki. Janet też nie tłómaczy wpływu korzystnego swego leczenia działaniem antyseptycznem użytych rozczynów $KMn\,O_4$, ale zapaleniem surowiczem, odczynem surowiczym (jeżeli tak wyrazić się można) jakie przepłukiwania te, robione w krótkich od sobie odstępach czasu, wywołują. To przesiąknięcie tkanek cieczą surowiczą ma stwarzać niekorzystne warunki dla życia i rozwoju *gc.* Janet wyrażając się, że *„le mode d'action du permanganate de potasse sur la muqueuse uréthrale est en effet tout spécial“* zdaje się mieć zupełną słuszność. Jeżeli bowiem zrobimy w tym okresie rzeżączki, kiedy z ujścia cewki wydobywa się skąpa, ale ropna, dużo ciałek ropnych zawierająca wydzielina, przepłukanie innym środkiem n. p. rozczynem kwasu karbolowego, sublimatu i t. d., to badając w kilka godzin później, znajdziemy ilość wydzieliny ropnej zwiększoną. Inaczej ma się rzecz przy zastósowaniu $KMn\,O_4$, tu wydzielina ropna, jeżeli taką była, ustępuje miejsca surowiczej, a pod mikroskopem widzimy tylko nieliczne ciałka ropne. Że odczyn ten nie ogranicza się tylko do powierzchni błony śluzowej, ale zajmuje całą jej grubość, a nawet tkankę podśluzową, przemawia za tem obrzęk około ujścia cewki, często zajmujący i napletek. Działanie więc przepłukiwań nie tylko wywiera wpływ szkodliwy na te *gc.*, które są na powierzchni, między przybłonkiem walcowatym, wyścielającym ścianę cewki, ale co najważniejsze, i na te, które dostały się znacznie głębiej wzdłuż gruczołów Litrego i zagłębień Morgagniego. Jak długo trwa ten odczyn surowiczy (10—12 godzin), tak długo nie napotykamy w tej wydzielinie surowicy *gc.*; skoro przeminie, pozostałe gonokoki zaczynają zwolna rozwijać się, a z nimi i sprawa chorobowa. Stąd częste przepłukanie, robione co 12 godzin, by przez dłuższy przeciąg czasu stworzyć tę niekorzystną glebę dla życia *gc.*

Co do wartości leczniczej tej metody, to autor jej podaje 90% wyleczeń; działania ujemnego, powikłań ze strony cewki, wywołanych tem leczeniem, nie spostrzegał żadnych.

(Dokończenie nastąpi).

II. **Kilka uwag o surowicy krowiankowej** *(serum vaccinicum)* **i jej wartości pod względem leczniczym.**

Wykład miany na posiedzeniu Towarzystwa lekarskiego we Lwowie w dniu 8. Listopada 1895., tudzież na IV. Zjeździe lekarzy powiatowych, odbytym we Lwowie w dniu 22. Lutego 1896.

przez

Dra Ferd. Obtułowicza,

c. k. lekarza powiatowego we Lwowie.

(Dokończenie Patrz Nr. 32).

Doświadczeniom mym można by zrobić niektóre zarzuty, które jednak należytej krytyki nie wytrzymują, a mianowicie: 1) że dlatego surowica krowiankowa działać nie mogła, iż była w zbyt małej ilości 2 dzieciom zastrzykniętą, a powtóre, iż trzeba było najpierw dzieciom surowicę zastrzyknąć, a dopiero w 2 lub 3 dni później je zaszczepić. Na zarzuty te mogę odpowiedzieć, iż surowica, gdyby była istotnie skuteczną, to nawet w małej ilości wpływ swój dodatnio zaznaczyć była powinna i, gdyby nawet nie wstrzymała rozwoju krost krowiankowych, to powinna była wpłynąć na ich nie tak bujny rozwój, a krosty powinne się były okazać drobnemi, jakby zanikłemi, gdy tym czasem po moich doświadczeniach wpływ surowicy był równy zeru. Co się tyczy pory wstrzyknięcia surowicy i szczepienia krowianki, to wychodziłem z tego stanowiska, iż surowica wprowadzona w tkankę podskórną musi natychmiast rozwijać swe działanie, podczas gdy krowianka szczepiona, początkowo zwolna tylko miejscowe, a dopiero po dniach 8 — ogólne rozwija działanie i wówczas, wnikając w obieg ogólny, wznieca reakcyjną gorączkę. Dlatego też nie czekałem ani 2 lub 3 dni po wstrzyknięciu surowicy, lecz równocześnie szczepiłem dzieciom zastrzykniętym krowiankę, gdyż surowica miała aż nazbyt dosyć czasu do rozwinięcia swego działania i przerwania, lub przynajmniej złagodzenia, wpływu zaszczepionej krowianki; wiadomo bowiem, iż leki wprowadzone pod skórę bardzo szybko ulegają wessaniu i w przeciągu kilku minut ujawniają swe działanie. Co więcej nawet, surowica krowiankowa powinna działać nawet w dni kilka po zaszczepieniu,

gdy się już krosty krowiankowe rozwijać poczynają i, jeżeli ma wywrzeć jakiś dodatni wpływ podczas przebiegu ospy rodzimej, to powinna również przerwać działanie zarazka krowiankowego i powstrzymać rozwój krost krowiankowych. Tak też postąpiłem w ostatniem mem doświadczeniu, które poniżej przytaczam. Gdy bowiem nie mogłem się doczekać pojawienia przypadku ospy rodzinnej we Lwowie i, gdy korespondencye moje z Dyrektorem szpitali krakowskich WP. kol. prof. Ponikłą, oraz z pp. kierownikami niektórych szpitali prowincyonalnych, nie zostały uwieńczone pomyślnym skutkiem pod względem otrzymania odpowiedniego materyału, — postanowiłem naśladować działanie surowicy podczas leczenia ospy rodzimej i postąpiłem w sposób następujący: najpierw d. 29. Listopada 1895 r. zaszczepiłem krowiankę prof. Kretowicza 8 miesięcznemu dziecku M. K. w szpitaliku św. Zofii, które ważyło 7 kilogr., a gdy po upływie 3 dni zaczęły na ramionach wykwitać drobne guziczki, jako znak, że krowianka przyjmować się zaczyna, wstrzyknąłem wraz z kol. Dr. Czernikiem temu dziecku bardzo znaczną ilość wypróbowanej, co do czystości i bakteryologicznie zbadanej surowicy prof. Hlavy, w ilości 8·5 grm. Zastrzyknięcie to było połączone z dość znaczną bolesnością, lecz zresztą nie wywołało żadnych szkodliwych następstw. Ale też za to, z drugiej strony, nie wywarło żadnego skutku, albowiem surowica ani nie przerwała, mimo należytego wessania, rozwoju krost krowiankowych, ani też nie złagodziła działania krowianki i pozostała zupełnie bez najmniejszege wpływu. Doświadczenie to wyświeca dobitnie, że surowica prof. Hlavy, przynajmniej wobec dzielnej krowianki, pochodzącej z zakładu Kretowicza, zawodzi najzupełniej i, ani w jednym z mych przypadków najmniejszego oczekiwanego wpływu nie wywarła.

Być przeto może, że albo prof. Hlava kontrolował swe doświadczenia przy użyciu stosunkowo słabej krowianki, albo też natrafiał na cielęta, odznaczające się wrodzoną odpornością względem zarazka krowiankowego, albowiem, jak między ludźmi, tak i wśród cieląt, napotykamy na osobniki tak odporne co do przyrzutu krowiankowego lub ospowego, że się im szczepienie wcale nie przyjmuje. W ten sposób można snadniej wyjaśnić różnicę między memi doświadczeniami, a doświadczeniami prof. Hlavy.

Doświadczenia te mają jednak, mimo ujemnych wyników, tę dodatnią stronę, iż udowadniają w sposób niezbity, że pierwiastki ochraniające, zawarte w krowiance (*Schutzstoffe)*, przez czas tylko stósunkowo bardzo krótki, zatrzymują się we krwi samej, i że prędko je opuszczają i przenoszą się do tkanek sąsiednich. Celem rozstrzygnięcia jeszcze pytania, czy nie zatrzymują się w naczyniach i gruczołach limfatycznych, sporządziłem, wraz z prof. Kretowiczem miazgę z gruczołów limfatycznych, wyciętych cielętom po zaszczepieniu ich i, po zebraniu limfy z wykwitłych krost krowiankowych. Miazgą tą, zmięszaną z gliceryną, zaszczepiłem kilkoro dzieci, lecz równocześnie dla kontroli zaszczepiłem im na ramieniu drugiem zwykłą krowiankę.

I tym razem doznałem zawodu, albowiem ani u jednego dziecka zaszczepionego limfą gruczołową nie zdołałem osiągnąć wyniku pomyślnego, podczas gdy na ramionach zaszczepionych krowianką, zebraną z tego samego cielęcia, ale z krost krowiankowych, wykwitły wszędzie bardzo ładne i wydatne pęcherzyki krowiankowe. Takie same wyniki osiągnąłem i przy rewakcynacyi dzieci 10 letnich, gdyż u 28 dzieci rewakcynowanych na jednem ramieniu limfą krowiankową, w zwykły sposób przyrządzaną, a szczepionych równocześnie na drugiem ramieniu limfą gruczołową, stwierdziłem wszędzie wynik ujemny limfy gruczołowej, podczas gdy rewakcynacya u tychże samych dzieci na ramieniu drugiem wykazała skutek pomyślny, gdyż rozwijały się w miejscach szczepionych nie tylko dla rewakcynacyi charakterystyczne guziczki mocno zaróżowione, na kształt drobnych czyraczków, — ale nawet ładne krosty ospowe, tak jak u dzieci małych po raz pierwszy szczepionych. Z pomiędzy 62 dzieci, rewakcynowanych, uwzględniłem tylko 28, u których wynik rewakcynacyi był wybitny i które równocześnie obu rodzajami limfy na obu ramionach były szczepione.

Doświadczenia te udowadniają i przekonywują nas, że skuteczne pierwiastki ochronne krowianki nie tylko szybko opuszczają surowicę krwi, jakoteż naczynia krwionośne, ale i drogi limfatyczne, i przenikają szybko do tkanek ustroju, nadając mu w sposób dla nas dotąd niestety tajemniczy, siłę ochronną (*immunitas*) przed groźną ospą rodzimą.

W obec tej okoliczności, że doświadczenia moje, poczynione z wzorowo sporządzoną surowicą, nadesłaną mi przez prof. Hlavę, nie doprowadziły do pożądanego wyniku, nadto ponieważ zastrzykiwania surowicy, w znaczniejszej zwłaszcza ilości, są boleśne i dla tego natrafiają na opór, nie uważałem też za konieczne wstrzykiwać surowicę sporządzoną w zakładzie prof. Kretowicza, a w sposób podobny przygotowaną, jak to podał prof. Hlava, w przytoczonej swej rozprawie, gdyż wyniki ujemne osiągnięte jego surowicą nie mogły nasuwać przypuszczenia, aby surowica nasza była pod tym względem szczęśliwszą i skuteczniejszą. Z tego też samego powodu nie robiłem doświadczeń przez zastrzykiwanie podskórne limfy gruczołowej, gdyż liczne szczepienia i rewakcynacye, dokonywane za pomocą tej limfy, wykazały również skutek zupełnie ujemny. Może zatem dopiero przyszłe badania wskażą nam drogę, którą będzie trzeba kroczyć, aby z jednej strony wyjaśnić istotę i rodzaj pierwiastków ochronnych krowianki, a z drugiej wytworzyć istotę organiczną, któraby zawierała w dostatecznej ilości te pierwiastki ochronne tak, że wstrzyknięta nawet w niewielkiej ilości podskórnie zdołałaby przerwać lub przynajmniej złagodzić złośliwy zarazek ospy rodzimej. Jakkolwiek bowiem w państwach oświeconych coraz to rzadziej pojawiają się epidemie tej strasznej i pełnej męczarń choroby, gdyż przymus szczepienia zwolna, ale bardzo skutecznie tępi ospę rodzimą, to jednak kraj nasz, stanowiący przedmurze od wschodu, zawsze jest narażonym na wtargnięcie złośliwych chorób zakaźnych i dlatego, nam musi zależeć na szukaniu skutecznych środków ochronych przed zarazkami. Lubo moja praca nie została uwieńczoną pomyślnymi wynikami, to jednak stanowić może zachętę dla innych do próbowania sił swych na tem polu, a ja wdzięczny będę każdemu badaczowi za udzielenie mi swych rad i wskazówek w kwestyi, która mnie od lat wielu bardzo interesuje.

III. Oceny i sprawozdania.

Trzeci przyczynek do nauki o zboczeniach mowy przez Dra Władysława Ołtuszewskiego. Warszawa.

Czytelnikom *Przeglądu lekarskiego* znane są naukowe sprawozdania Dra Ołtuszewskiego, z jego warszawskiego Zakładu dla zboczeń mowy.

W pracy obecnej, która jest z rzędu trzecią, przedstawia autor ruch chorych w zakładzie dla zboczeń mowy od Lipca 1894 do Lipca 1895 r., łącznie z uwagami, jakie się nasunęły przy każdym z działów zboczeń mowy. Zaznaczając nieodpowiedniość podziału zboczeń mowy, przyjętego dotychczas, a opartego na psychologicznej zasadzie Steinthala, rozróżniającego trzy akty w mowie: przygotowanie jej w umyśle, mowę wewnętrzną i tworzenie słów zewnętrznych, czyli wyrazów, autor proponuje zastąpić go podziałem, opartym na lokalizacyi anatomicznej. Wedle tej zasady zboczenia mowy dzielą się na dwie klasy: 1) zboczenia zależne od zmian anatomicznych lub czynnościowych ośrodka korowego mowy, przy całkowitej inteligencyi: *aphasiae v. dysphasiae* (różnego rodzaju niemoty, jąkanie, trzepotanie, bełkotanie czynnościowe, bełkotanie organiczne przy porażeniu postępowem), oraz przy jej naruszeniu: *dyslogiae;* 2) zboczenia w skutek zmian w białej istocie podkorowej mózgu, w ośrodkach opuszkowych, w mięśniach i nerwach obwodowych, oraz w narządzie artykulacyi: *anarthriae vel dysarthriae* (bełkotanie organiczne przy porażeniu opuszkowem (bulbaris), oraz wadliwe wymawianie, pochodzące ze zmian w nerwach twarzowych i podjęzykowych, lub grubych zmian anatomicznych w samym narządzie artykulacyi).

Dr. O. podaje następujący podział niemot, ułatwiający rozpoznanie każdego konkretnego ich przypadku. Przedewszystkiem dzieli niemoty na organiczne i czynnościowe. Ostatnie występują samodzielnie, lub towarzyszą organicznym. Rozróżnia następujące postacie niemot organicznych, podając objawy jedynie tych, co do których panuje między autorami niezgodność zdań: 1) głuchota wyrazowa. Chory nie może ani pisać, ani czytać; 2) niemota ruchowa: tak rozumienie pisma, jak i pismo samodzielne zniesione; 3) aleksya izolowana: pismo samodzielne zniesione; 4) agrafia izolowana: chory może pisać lewą ręką, lub, napisane lewą ręką, kopiować prawą. Podane cztery postacie mogą się łączyć, a prócz tego przy każdej z nich, jeśli zmiana organiczna jest nieznaczna, może jedynie wystąpić osłabienie czynnościowe tego lub owego ośrodka pamięci słownej, wytwarzając tak zwane niemoty podkorowe, uprzednio niesłusznie przyjmowane za formy samodzielne. Tu zalicza O. niemotę czuciową podkorową, gdzie chory może czytać i pisać, niemotę ruchową podkorową, przy której zachowane jest czytanie i samodzielne pismo, oraz alekcyę podkorową, gdzie chory może samodzielnie pisać. Podobnie niemoty transkortykalne: czuciowa i ruchowa, jak również tak zwana niemota przewodnictwa Wernickego, według dzisiejszych pojęć, nie stanowią form samodzielnych, lecz zależą od czynnościowego osłabienia tej lub owej pamięci słownej, samej przez się, lub łącznie z nieznacznemi zmianami organicznemi tego lub owego ośrodka. Odnoszące się do klasy drugiej niemoty, zależne od zaburzeń pamięci, zasługują na tem większą uwagę, że prócz samodzielnego występowania, objawy ich mogą wikłać niemoty organiczne, utrudniając bardzo rozpoznanie tych ostatnich. Z całego obszernego zakresu zboczeń afatyczno-dysfatycznych czynnościowego pochodzenia, autor najwięcej poświęcił miejsca niemocie wrodzonej, oraz bełkotaniu. Pod nazwą pierwszej pojmuje zboczenie, polegające na tem, że pomimo rozumienia mowy, dzieci ani powtarzać, ani samodzielnie mówić nie mogą; przy bełkotaniu zaś, obok zachowanego rozumienia, możności powtarzania i samodzielnego mówienia, mowa jest zupełnie niezrozumiałą [1]). Na zasadzie własnego badania nad rozwojem mowy u dziecka, oraz wypływających ztąd warunków psychologicznych rozwoju mowy, Dr. O. szczegółowo wyjaśnia patogenezę tych dwóch omówionych zboczeń. Oba zależą od upośledzenia pamięci słuchowej i ruchowej, wskutek wrodzonego niedołęstwa umysłowego, lub jakiejkolwiek szkodliwości, upośledzających do tego stopnia odżywianie kory mózgowej, że pamięć ta słabnie. Dzieci z niemotą wrodzoną nie przechodzą poza pierwszy okres rozwoju mowy (rozumienia); bełkoczące zaś, chociaż przebywają następne dwa okresy (powtarzanie, mowa samodzielna), z powodu jednak osłabienia pamięci słownych, mowa ich jest niezrozumiała. Wskazania do usunięcia tych dwóch omawianych zboczeń wypływają z wyjaśnionej ich patogenezy, a polegają one na wzmocnieniu lub też przywróceniu pamięci słownych przy pomocy odpowiednich, systematycznie przeprowadzonych ćwiczeń. Zarówno niemota wrodzona, jako też i bełkotanie, należą do wad w zupełności uleczalnych. Leczenie niemoty u starszych osób opiera się na tychże samych zasadach i daje dobre wyniki. Dr. O. spostrzegał 27 przypadków niemoty, z których 24 u dzieci, a 3 u dorosłych. Z 24 przypadków u dzieci, 10 przypadało na niemotę wrodzoną, 10 na mowę opóźnioną, a 4 na głuchoniemotę. W etyologii niemoty wrodzonej, w większości przypadków, można było wykazać mniejszy lub większy stopień osłabienia władz umysłowych. Z 10 przypadków niemoty wrodzonej miał O. sposobność stosowania leczenia z zupełnie dobrym wynikiem w przypadku, dotyczącym dziewczynki 9-letniej, która po 6-cio miesięcznej kuracyi, w zupełności nauczyła się mówić. Pacyentkę tę przedstawił O. na posiedzeniu Warsz. Tow. lek. w dniu 30. Kwietnia 1895 r.

Bełkotanie, należące do dysfatyczno-dysartrycznych zboczeń mowy, rozdziela Dr. O. na organiczne, zależne od zmian w tkankach mózgowych poniżej kory i czynnościowe wyżej szczegółowo uwzględnione. Od bełkotania wyróżnia wadliwe wymawianie, które zanieczyszcza tylko mowę, zresztą zupełnie zrozumiałą. W etyologii wadliwego wymawiania, oprócz przyczyn organicznych (nieprawidłowa budowa szczęk, luki między zębami i t. d.), zwraca uwagę na zły wzór mowy, niedbalstwo ze strony otoczenia, oraz upośledzenia słuchu. Dr. O. spostrzegał 38 przypadków bełkotania, łącznie z wadliwem wymawianiem. Z całego szeregu przypadków bełkotania czynnościowego miał sposobność przeprowadzić leczenie u 9-letniego chłopca M. B., którego, po czteromiesięcznej kuracyi, jako wyleczonego przedstawił w Tow. lekarskiem 3. Kwietnia 1895 r. Na wadliwe wymawianie leczyło się 11 osób, z zupełnie dobrym wynikiem.

Mowę nosową rozdziela na tak zwaną zamkniętą (rhinolalia clausa) i otwartą (rhinolalia aperta). Pierwsza bywa zawsze organiczna i zależy od zwężenia przewodów jamy nosowo-gardzielowej. Druga może być organiczna, najczęściej od defektów; lub czynnościowa, wskutek złego wzoru mowy, porażenia podniebienia miękkiego, trwającej nieraz po usunięciu przyczyny, od której zależy, wreszcie po ustępującej niemocie wrodzonej. Ostatniego rodzaju mowę nosową nazywa wrodzoną, czynnościowego pochodzenia. Rozpoczyna się ona od wczesnego dzieciństwa i pozostaje w związku z niemotą ustępującą, która zazwyczaj przechodzi w tych razach w bełkotanie. Obie te wady pozostają ze sobą w związku przyczynowym, gdyż mają wspólne źródło w upośledzeniu czynności psychoruchowych. Dla lekarza zajmującego się zboczeniami mowy, najważniejsza jest *rhinolalia aperta* przy defektach, oraz pochodzenia czynnościowego. W przypadkach ostatniej kategoryi, pomimo że podniebienie unosi się dostatecznie do góry przy wydobywaniu głosu, nie zamyka jednak szczelnie jamy nosowo-gardzielowej, pozostawiając mniejszy lub większy odstęp. Leczenie *rhinolalia aperta* przy defektach operacyjne, łącznie z gimnastyką ortofoniczną podniebienia miękkiego; przy czynnościowej zaś sama gimnastyka w zupełności doprowadza do celu. Spostrzegał Dr. O. 5 przypadków mowy nosowej, łącznie zaś z innemi zboczeniami mowy 6, razem więc 11. Z szeregu przypadków, należących

[1]) Od bełkotania należy odróżnić wadliwe wymawianie, o czem poniżej.

do kategoryi mowy nosowej wrodzonej, miał sposobność przeprowadzić kuracyę u panny I. O. lat 16 liczącej, która po 3 miesięcznem leczeniu, jako wyleczoną, przedstawił w Tow. lekarskiem 30 Kwietnia 1896 r.

Jąkanie należy do dysfatycznych zboczeń mowy. Spostrzegał Dr. O. 88 przypadków jąkania, łącznie zaś z 1 przy bełkotaniu, 89 (72 m. 17 k.). Podaje dwie tablice przyczyn i wieku, w którym powstała ta wada. Na zasadzie zebranych danych, dotyczących etyologii jąkania; zgodnie z poglądem wyrażonym w uprzednich przyczynkach, za najważniejszą przyczynę uważa Dr. O. dwa momenty usposabiające: dziedziczność i wiek; przyczynom zaś wywołującym (uraz, przestrach i t. d.), przypisuje rolę drugorzędną Ź podanej liczby 89, leczyło się 19 osób, z uprzednio zgłaszających się 4, razem 23; z tych 18 zupełnie się wyleczyło, z wyjątkiem jednej, która doznała tylko znacznej poprawy. *W.*

IV. Wyciągi.

Prof. A. Bonome i G. Viola (w Padwie): **O wytwarzaniu przeciwpaciorkowcowych antytoksyn za pomocą elektryczności**. (*Centralblatt f. Bacteriol.* T. 19. Nr. 22 i 23. 1896). Na podstawie doświadczeń z prądami zmiennymi o wysokiem napięciu, dochodzą autorowie do wniosków następujących: 1) Prądy zmienne o wysokiem napięciu niszczą jadowitość hodowli paciorkowca, nie zmieniając ich odczynu chemicznego, ani postaci tego mikroba. Działanie to objawia się już po krótkim czasie, i jest zjawiskiem stałem. 2) Wpływ prądów takich odnosi się prawie wyłącznie na płynną część hodowli, t. j. na rozpuszczone jady, nie dotyczy zaś samego paciorkowca; po przeszczepieniu bowiem na nowe podłóże, rośnie on równie szybko i jest równie jadowity, jak przed zadziałaniem prądu elektrycznego Paciorkowiec zachowuje swą żywotność w hodowlach elektryzowanych przez dwa tygodnie. 3) Toksyny paciorkowca zamieniają się pod działaniem wspomnianych prądów na antytoksyny, zachowujące się podobnie, jak antytoksyny, znajdujące się we krwi zwierząt uodpornionych. 4) Otrzymane ze starych hodwli za pomocą działania elektryczności. antytoksyny są bardzo silne, zobojętniaja bowiem *„in vitro"* dziesięciokrotną śmiertelną dla królików dawkę hodowli paciorkowca; natomiast antytoksyny, otrzymane w tenże sposób z hodowli młodych, działają słabo, ponieważ w hodowlach tych wogóle ilość toksyn, mogących się w antytoksyny zamienić, jest niewielką. 5) Antytoksyny takie, (ze starych hodowli), mają w zakażeniach paciorkowcem królików działanie ochronne i lecznicze. 6) Nie są one jednak dla ustroju tych zwierząt zupełnie obojętne, ponieważ z początku wywołują podwyższenie ciepłoty, przy dalszem zaś stósowaniu — postępujące charłactwo (*marasmus*). 7) Działanie tych antytoksyn polega prawdopodobnie na tem, że pobudzają one ustrój królików do tworzenia istot, niweczących paciorkowca; po za ustrojem wywołują one zwyrodnienie tego drobnoustroju. *Ciech.*

Prof. Cziż: **Przypadek padaczki spowodowany przez** *„coitus interruptus"*. (*Wiestnik kliniczeskoj i sudiebnoj psichiatryi i niejropatologii* Nr. XI). Wychodząc z zasady, że padaczka po 25-tym roku życia samoistnie prawie nigdy nie występuje, a jeśli się zdarzy, to przyczyna jej tkwi w jakiemś dalszem zaburzeniu, które wyszukać i usunąć należy, prof. Cziż wyleczył pewnego inżyniera, cierpiącego od 4 lat na padaczkę, którą, według prof. Cziża, spowodowywało spółkowanie przerywane i niedokończane. Chory 46 lat mający, zawsze zdrowy i do zdrowej rodziny należący, zaczął od 4 lat doświadczać napadów padaczki, i to coraz częstszych tak, że w ostatnich czasach ulegał im 2 do 3 razy w ciągu tygodnia. Najpilniejsze badanie nie wykazało źródła tej choroby i dopiero poufne wywiady rzuciły światło na możebność występywania padaczki w skutek przerywanego spółkowania, przynajmniej to była jedyna nieprawidłowość, która przez swe silne oddziaływanie na układ nerwowy, mogła to przypuszczenie usprawiedliwiać. Prof. Cziż zalecił swemu pacyentowi spółkowanie prawidłowe, lub zupełne powstrzymanie się, a gdy ten stanowczo oświadczył, że tego zalecenia nie wykona, poradził mu używania ochraniacza. Od tej pory miał ten pacyent jeszcze 2 napady padaczki i to w pierwszych tygodniach po zastósowaniu się do rad prof. Cziża; w dalszym ciągu padaczka zupełnie ustała. Profesor Cziż zwraca uwagę lekarzy na znaczenie patologiczne przerywanego spółkowania, jak niemniej na różnorodność przyczyn padaczki. *Dr. Kwaśnicki.*

Leopold Landau: **Przyczynek do leczenia przypadłości, występujących podczas fizyologicznego lub przedwczesnego ustania miesiączki, przez podawanie istoty jajnikowej.** (*Berliner klinische Wochenschrift* Nr. 25. 1896). Leczenie stósowano tylko u osób, okazujących bardzo wybitne i charakterystyczne objawy. Początkowo podawano świeżą istotę jajników w opłatkach, później zaś jajniki krów lub świń, suszono przez 12 godzin w cieplocie 60 do 70° C. i sporządzano ze suchej substancyi jajnikowej tabletki, zawierające 0·50 grama tej suchej substancyi. Jakkolwiek działanie lecznicze przetworu tego nie zawsze jest pewnem, to przecież, zdaniem autora, zasługuje na uwagę, gdyż bez wywołania działania ubocznego, możemy przez podawanie go zmniejszyć i złagodzić przypady, podczas t. zw. czasu przejściowego występujące, a nawet je zupełnie usunąć. *Dr. Kośmiński.*

Marfan i Apert: **Przypadek gruźlicy skutkiem połykania pożywek zakażonych u dziewczynki 16-miesięcznej.** (*Revue mens. des maladies de l'enfance*, Juin, 1896). Dziecko żywione piersią, dokarmiane jednak było mlekiem krowiem. Rodzice zdrowi; dwoje z rodzeństwa cierpiało na gruźlicę. U chorej stwierdzono uporczywe owrzodzenie na dziąśle szczęki górnej, pokryte posokowatą wydzieliną; gruczoły karkowe wielkości orzecha laskowego, brzuch wzdęty, żyły na nim porozszerzane, gruczoły pachwinowe powiększone, biegunkę (5—6 żółtawych stolców dziennie), ogólne wynędznienie, stan bezgorączkowy. Rozpoznano: *gastro enteritis chronica exacerbans* Przy oględzinach zwłok znaleziono jednak rozległe wrzody gruźlicze w jelicie cienkiem i nieliczne w grubem. Według autorów rozpoznanie można było po dłuższej obserwacyi postawić i za życia, albowiem każda biegunka oseska, trwająca więcej niż trzy tygodnie bez przerwy, nie ustępująca od czasu do czasu miejsca zatwardzeniu lub wypróżnieniom prawidłowym, zwłaszcza gdy towarzyszy jej równie uporczywe i stałe wzdęcie brzucha, powinna wzniecić podejrzenie owrzodzeń jelitowych. Mogą to być wrzody nieżytowe, tak częste u oseskow, albo rzadziej wrzody gruźlicze, durowe, lub czerwonkowe. W danym przypadku zmiany gruźlicze w ustach były najdawniejsze i powstały w skutek spożywania pokarmów, zakażonych w tem ognisku gruźliczem; później wystąpił obrzęk i zwyrodnienie gruczołów, a wreszcie wrzody gruźlicze w jelitach. Objawy gruźlicy płucnej były małoznaczące. *Dr. Ksawery Lewkowicz.*

M. Labbé: **Gruźlica mięśnia sercowego**. (*Revue mens. des maladies de l'enfance*, Juin. 1896). Autor opisuje dwa przypadki tego rzadkiego cierpienia, przez siebie obserwowane, i zestawia je z 36 innymi, znanemi z literatury. Cierpienie może przybierać następujące postacie: 1) gruzełek prosówkowy w przebiegu ostrej gruźlicy prosówkowej; 2) guzek gruźliczy od wielkości soczewicy do wielkości jaja kurzego — postać najczęstsza; 3) gruźlica rozlana w postaci licznych mas serowatych, rozsianych w mięśniu sercowym, obok których znajdujemy tkankę łączną młodą i uorganizowaną — włóknistą; wreszcie 4) gruźlicze zapalenie mięśnia sercowego, przyczem w m. sercowym, nieco odbarwionym, znachodzimy miejsca szarawe, twardsze. Badanie drobnowidowe wykazuje wiązki włókien łączno-tkankowych, a wśród nich ogniska tkanki młodej z komórkami olbrzymiemi, bez zserowacenia. Pierwszy przypadek autora należał do grupy 3) i tyczył się

chłopczyka 6-letniego, z gruźlicą płuc i gruczołów. Za życia były następujące objawy sercowe: mocz skąpy, wysycony, duszność, sinica, obrzęki, bóle w dołku podsercowym, powiększenie wymiarów serca; rytm serca raz regularny, to znów cwałowy, lub płodowy; tętno z końcem obserwacyi dwubitne, a w ostatnim okresie uderzenie serca nieregularne i słabe, jak to zwykle bywa u chorych sercowych. Z przypadków zebranych z literatury okazuje się również, że zmiany rytmu sercowego są najstalszym objawem gruźlicy mięśnia sercowego.

W drugim przypadku autora, u dziecka 4-letniego z gruźlicą płuc, znaleziono w mięśniu sercowym, tuż pod osierdziem, guzek gruźliczy wielkości soczewicy, który za życia nie dawał żadnych objawów.

Dr. Ksawery Lewkowicz.

Prof. Dr. O. Barbacci: **Zmiany drobnowidowe w śledzionie, gruczołach chłonnych i wątrobie w zakażeniu błoniczem.** (*Centralalatt für Allgem. Pathologie und pathol. Anatomie.* VII. Tom Nr. 8/9, 1896). Przejrzawszy dokładnie literaturę, stwierdza B. dotychczasowe prace własnemi badaniami zmian drobnowidowych w śledzionie, gruczołach chłonnych i wątrobie, powstającemi pod wpływem zakażenia błoniczego. Co do spostrzeżeń własnych autora, to w przebiegu błonicy spostrzegał on w elementach Malpighiego zjawiska karyokinetyczne, nie we wszystkich jednak, ale jedynie w tych, co miały jasną powierzchnię centralną. Dalej spostrzegał zwyrodnienie w torebkach Malpighiego takie same, jakie opisuje Oertel, a mianowicie odnoszące się głównie do jądra, które okazywało najrozmaitsze zmiany, jakie można było odnieść do karyolysis. Nie mniej w torebkach Malpighiego spostrzegał włóknik, w postaci delikatnych niteczek, chociaż nie zawsze, a zwykle szkliste zwyrodnienie osłonki torebek, a rzedziej siatki chłonnej lub pierwiastków komórkowych, lub wreszcie ścian naczyń włosowatych. W grubszych tętnicach czasem drobnokomórkowy naciek w ścianach. Przekrwienie dość znaczne, czasem widać nawet karyokinezę.

Co do gruczołów chłonnych, to zmiany występują już to w całym gruczole, już to ogniskowo, różne w pierwszym i drugim przypadku.

Co do wątroby, to zmiany usadawiają się w naczyniach krwionośnych, komórkach wątrobowych i tkancę śródmiąższowej.

Autor, przechodząc następnie do błonicy doświadczalnej, wykazuje, że, jeżeli zakażenie jest ostre, najważniejsze zmiany znachodzą się w gruczołach otaczających miejsce zaszczepienia, i to w postaci rozpadu jąder, a jeżeli zakażenie przebiega powoli, spotykamy zmiany liczniejsze i wyraźniejsze w gruczołach limfatycznych: ogniska z rozpadłemi jądrami, przekrwienie, rozrost, fagocytozę, karyokinezę, obrzęk, a czasem i martwinę. W śledzionie znowu rozrost a rzadko mitozę; w wątrobie zmiany naczyń i tkanki łącznej.

Najważniejszymi objawami chorobowymi wedle autora są:
1) skłonność umiejscowienia zmian w pewnych miejscach;
2) jednakowe natężenie zmian w kilku narządach;
3) swoista działalność jadu błoniczego na jądra komórkowe;
4) odrębność zmian w różnych narządach i w tym samym narządzie wśród różnych przypadków;
5) wielka ilość ciałek białych;
6) drobno komórkowy naciek tkanki łącznej, stale napotykany.

Wedle autora, jeżeli działanie trucizny jest słabe, spotykamy zmiany w naczyniach, lub w ścianach naczyń, a gdy silne, w pierwiastkach komórkowych i białych ciałkach. Z tego wszystkiego wynika, że działanie toksyn błoniczych, z wyjątkiem pewnych pobocznych zjawisk, da się odnieść do kategoryi działań przyrody chemicznej, ponieważ jak tam tak i tutaj, skutek podrażnienia zależy od siły jadu.

Dr. Nartowski.

V. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie zwyczajne dnia 20. Maja 1896.

Przewodniczący kol. Surzycki. — Członków obecnych 42.

1) Protokół z poprzedniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

2) Kol. Pieniążek pyzedstawia 2 chorych ze swego oddziału, dotkniętych twardzielą. P. nie jest zwolennikiem ani t. zw. postępowania doszczętnego, zachwalanego głównie przez chirurgów, ponieważ nie chroni ono napewno od nawrotów, a wymaga niejednokrotnie zabiegów bardzo obrażających, ani nie skłania się do zdania większości laryngologów, usuwających rękoczyny chirurgiczne wobec twardzieli na plan ostatni, operujących tylko wtedy, gdy sprawa chorobowa zagraża już życiu chorego; mowca trzyma się w podobnych, jak przedstawione, przypadkach, najchętniej drogi pośredniej. U przedstawionej chorej, u której trzykrotnie usuwano guzy twardzielowe nosa, zabieg zwany doszczętnym, nie ochraniając od nawrotów, musiałby był wywołać znaczne zniekształcenie nosa, którego uniknięto, operując endonasalnie; w tym samym przypadku istniejące zwężenie wejścia do krtani zmusiło do wykonania *„pharyngotomia subhyoidea + laryngofissura“* i wycięcia guzów sprowadzających zwężenie wraz z nagłośnią, dzięki czemu dziś jeszcze, mimo nawrotu cierpienia, chora nie doznaje znaczniejszych przeszkód w oddechaniu. W drugim przypadku sprawa chorobowa objawiła się z początku w postaci t. zw. *„chorditis vocalis inferior hypertrophica“*. Po kilkakrotnych zabiegach endolaryngealnych uciec się wreszcie trzeba było do rozcięcia krtani; później pojawiły się guzy twardzielowe na nagłośni, które usunięto, a gdy wreszcie sprawa obecnie znowu powróciła w postaci nacieku ścian bocznych krtani i więzadeł nalewko-nagłośniowych, które uległy znacznemu skróceniu tak, że pochylona w tył nagłośnia znacznie zwęża wejście do krtani, wypadnie i u tego chorego wykonać podobną, jak w poprzednim przypadku, operacyę i usunąć całą nagłośnię, celem przerwania zwężającego pierścienia, jaki zazwyczaj tworzyć lubią nacieki twardzielowe. Taki pierścień, przez nacieki twardzielowe utworzony w nosie, przerwać można przez wycięcie przegrody nosowej; zabieg ten jednak wywołuje znaczne zniekształcenie nosa, wykonał go raz u osoby starszej z dobrym jak dotąd skutkiem, kol. Obaliński. Wreszcie wspomina mowca o przypadku raka krtani, w którym z powodu nawrotu, przechodzącego także na znacznej przestrzeni na skórę, — kol. Obaliński usunął krtań przed 5 laty doszczętnie. Ponownego nawrotu do dziś dnia niema.

3) Kol. Browicz wyłożył rzecz: „O pozastawkowych nitkach ścięgnistych w sercu i możebnem ich znaczeniu“, objaśniając wykład licznymi okazami.

Nitki ścięgniste zastawek serca zawdzięczają swe powstawanie mięśniowi, tworząc się jego kosztem. W życiu płodowem ściana serca ma utkanie gąbczaste, złożone z beleczek mięsnych w różnych kierunkach przebiegających i łączących się, tak, że między nimi pozostaje system przestworów, w których znajduje się krew, swobodnie krążąca. W dalszym rozwoju zewnętrzna część ściany serca konsoliduje się, staje się zbitszą i jednolitą; z części wewnętrznej tworzą się beleczki mięsne, mięśnie brodawkowe i nitki ścięgniste, zastawkowe nitki ścięgniste zawierają nieraz przez całe życie znaczną ilość elementów mięsnych; najczęściej jednak mięsień w nich zupełnie znika, a to, co pozostało pochodzi z tkanki łącznej okołomięśniowej, którą na zewnątrz otacza śródsierdzie. Taką samą budowę przedstawiać i takiż rozwój przechodzić mogą również nitki ścięgniste nieprawidłowe, pozastawkowe. Już w prawidłowych skądinąd sercach istnieją, w miejscu beleczek mięsnych krótkie takie nitki, przylegające do ściany. Znacznie rzedziej spostrzegać można nitki ścięgniste pozazastawkowe znaczniejszej długości i różnej grubości, rozpięte swobodnie od ściany do ściany, lub pomiędzy beleczkiem mięsnym a ścianą przeciwległą, częściej bliżej koniuszkowej części komory, rzedziej w środkowej części komory, w świetle komory lewej W przypadkach więc, w których nitki ścięgniste pozazastawkowe w środkowej części komory są rozpięte, prąd krwi zwrócony ku ujściu tętniczemu uderza o nie i wprawiać je może w drganie, przy odpowiedniej sile skurczu serca i napięciu tych pozazastawkowych nitek

ścięgnistych. W ten sposób mogą takie nieprawidłowe, pozazastawkowe nitki ścięgniste, jak na to n. p. Huchard zwrócił uwagę, być przyczyną nieprawidłowych tonów i szmerów, zjawiających się dodatkowo obok zwykłych tonów serca. (Streszczenie przejrzane przez prelegenta).

K. Pieniążek miał sposobność spostrzegać kilkakrotnie przy osłuchiwaniu serca takie tony dodatkowe, o cechach tonów muzykalnych, prawdopodobnie wywołane przez obecność takich nieprawidłowo w świetle komory lewej rozpiętych nitek ścięgnistych. Za takiem pochodzeniem tych tonów i szmerów muzykalnych, przypominających n. p. buczenie struny basowej przemawiało istnienie ich przez szereg lat bez zmiany charakteru i bez objawów zboczeń ze strony narządu zastawkowego. Być może, że niekiedy podobne dodatkowe szmery o cechach muzykalnych powstają przez pewne zmiany patologiczne prawidłowych nitek ściągnistych. W jednym n. p. przypadku niedomykalność zastawki dwudzielnej, w którym za życia istniało dodatkowe buczenie, znaleziono przy sekcyi, że jedna nitka ścięgnista, prawidłowo umieszczona, była znacznie zgrubiała. W dyskusyi przemawiał jeszcze kol. Kryński.

4) Kol. Mars wyłożył rzecz p. t.: „Przyczynek do etyologii *pruritus vulvae*“, (zamieszczoną już w całości w Nr. 22. *Przeglądu lek.*).

Sekretarz: *Dr. Ciechanowski.*

VI. KORESPONDENCYE.

Zakopane 20. Lipca 1896.

Dziesięć lat dobiega od chwili uznania Zakopanego za stacyę klimatyczną: w ciągu tego czasu dosyć napisano o leczniczych i klimatycznych własnościach tego tatrzańskiego ustronia, że tu tylko przytoczę poważną pracę prof. Ponikły; lecz pomimo, że w ciągu tych lat 10. przebywało w Zakopanem kilkadziesiąt tysięcy osób, że stanęły tu cieszące się powodzeniem zakłady lecznicze, czuje się wielki brak sformułowania tych wskazań, które doświadczenie i spostrzeganie, tu na miejscu poczynione, uznało, jako zasadniczą podstawę tak do zalecania chorym Zakopanego, jak i skutecznego dla przebiegu choroby w nim przebywania pacyentów. Ten brak kierowniczych wskazań w szczególności odczuwamy my, lekarze, wykonujący praktykę w uzdrowisku zakopańskiem, gdyż prócz pacyentów, my pierwsi odczuwamy następstwa niewłaściwego zalecenia chorym pewnej kategoryi pobytu w Zakopanem. Te rozmyślania nasunęły mi pomysł wyzyskania mych notat i podania do publicznej wiadomości lekarzy tych spostrzeżeń klinicznych, któremi pragnąłbym posłużyć się, jako podwaliną do sformułowania wskazań do zalecania pobytu w Zakopanem.

Kilkoletnie zapiski moje obejmują historye chorób 400 pacyentów, którzy przybyli do Zakopanego wyłącznie dla leczenia się: zatem pomijam przypadki przygodne, ostre, oraz spostrzeżenia dotyczące stałych mieszkańców Zakopanego.

Przypadki chorobowe, dla leczenia których lekarze polecają Zakopane, dadzą się ułożyć w następujące 4 działy: 1) choroby narządu oddechowego, a zwłaszcza gruźlica płuc; tej kategoryi chorych leczyłem osób 157; 2) choroby ustrojowe: jak zołzy, krzywica, błednica, wątłość budowy — takich chorych miałem 120; 3) rozstrój nerwowy, w szczególności niedomoga układu nerwowego, macinnictwo, hipochondrya, — razem osób 46; 4) zakażenie zimnicze — przypadków 43.

Ś. p. prof. Chałubiński był pierwszy, który począł wysyłać na zimowy pobyt w Zakopanem, chorych, cierpiących na suchoty płucne; za przykładem tego twórcy Zakopanego poszli inni lekarze, a zdarza się, że i sami chorzy na płuca szukają tu deski zbawienia, narażając się nieraz na ciężki zawód. Słyszy się często zdanie, wygłaszane i przez lekarzy, że Zakopane dla chorych piersiowych tylko w zimie ma leczniczą wartość: nie można zaprzeczyć temu, że największa część uzdrowień i polepszeń przypada na zimujących w Zakopanem; lecz nie należy robić z tego spostrzeżenia zasady, gdyż przekonałem się z własnej praktyki, że zdarzają się wcale niepojedyncze przypadki, które po poprawie letniej, stale pogarszają się w zimie.

Powietrze zakopańskie, jako górskie, działa na organizm podniecająco: przyspiesza w ustroju wymianę materyi, podnosi siłę krążenia i oddychania. W bardzo wielu przypadkach chorych gorączkujących, podniesiona ciepłota opada stale, bez użycia środków aptecznych, odżywienie się poprawia widocznie, waga ciała zwiększa się, nastrój ducha staje się swobodnym, a wreszcie miejscowe zmiany w płucach, jedne ustępują, drugie tak przeobrażają się korzystnie, że nietylko życiu nie grożą, lecz i dozwalają nawet powrócić do codziennych zajęć. Chorzy piersiowi, którzy doznali tak korzystnych następstw w Zakopanem, należeli do suchotników, bądź ze świeżymi naciekami, bądź też, pomimo znacznych zmian w płucach, odznaczali się dobrą budową, silną akcyą serca, brakiem daleko posuniętej niedokrewności. Chorych tej kategoryi leczyłem 50: a chociaż żaden z nich nie mógł być uważanym za zupełnie zdrowego, to jednak stan miejscowy i ogólny, przedmiotowy i podmiotowy, nietylko że poprawił się względnie, ale pozwolił im powrócić do zajęć codziennych; rzecz prosta, że trwałość tej poprawy zależeć będzie od dalszego zachowania się tych ludzi.

Drugą kategoryę piersiowych chorych, skutecznie leczonych w Zakopanem, stanowią suchotnicy niegorączkujący: pomimo znacznych zmian w płucach, krwioplucia, a nawet krwotoków, chorzy tacy szybko poprawiają się pod każdym względem i stanowią żywą reklamę leczniczej wartości klimatu tatrzańskiego. Mam zapisanych do 80 chorych tej kategoryi, którą uważam za najwięcej wskazaną na pobyt w Zakopanem. W tym miejscu wypada mi jeszcze zaznaczyć skuteczny wpływ powietrza tatrzańskiego na chorych gruźliczych, z wysiękami opłucnowymi: już wkrótce po ich przybyciu spostrzega się ogólną poprawę odżywienia, po której następuje stopniowe ubywanie wysięku, ale dotyczy to tylko chorych niegorączkujących, z nierozpadającem się miąższem płuc.

A teraz odwrotna strona medalu: najmniejszej nie ulega wątpliwości, że jest kategorya suchotników, którym pobyt w Zakopanem stanowczo szkodzi. Zdarzało mi się o tem przekonać, odwożąc ciężko chorych z Zakopanego do domu; tak jak po przybyciu do Zakopanego wszystkie objawy: gorączka, kaszel, brak apetytu i t. d., pogarszały się, tak znowu po powrocie do domu, łagodniały. Do tej kategoryi należą chorzy ze znacznym upadkiem sił, wysokiego stopnia niedokrewnością, szybko postępującym rozpadem miąższu płucnego, objawami gruźlicy prosówkowej uogólniającej się, gruźliczemi zmianami w narządzie trawiennym, zwyrodnieniem mięśnia sercowego i t. d.

Jeśli dla tak ciężko chorych ludzi może już nigdzie niema ratunku, to najmniej jego znajdą w Zakopanem, tak w warunkach podróży, pobytu, jak i klimatu; z jednej strony choroba przybiera cechę ostrą, eretyczną: tętno podnosi się

do 160—180 uderzeń na minutę, oddechów — 80, ciepłota przeszło 40° R., częste dreszcze, chory czuje się zgnębionym, bezbronnym; stan ten rozstraja go ostatecznie, przestaje jeść, spać, a kaszel, czy to w mieszkaniu, czy na powietrzu, jest nieustanny, napadowy. Stan taki wymaga już leżenia w łóżku, w pokoju dobrze wygrzanym; lekarz stojąc pod przymusem próśb i cierpień chorego, musi wreszcie polecić środki przeciwgorączkowe, kojące (morfinę), a wszystko to razem tylko przyspiesza fatalny koniec chorego. Przypadki gruźlicy krtani, spostrzegane tu przeze mnie, nie przemawiają za Zakopanem, co najwięcej, spostrzegałem poprawę stanu ogólnego, bez polepszenia stanu krtani.

Jest jeszcze jedna kategorya przybywających do Zakopanego suchotników, powiedziałbym pośrednia, która pr. ebiegiem niewyraźnym, uniemożebnia wszelkie stanowcze postanowienie, czy lekarz ma zatrzymać takiego chorego w Zakopanem, czy też go odesłać? innemi słowy: czy klimat zakopański w tym przypadku pomoże, czy zaszkodzi? Doświadczenie moje pod tym względem pouczyło mnie, że 4-o tygodniowy pobyt wystarcza w zupełności, ażeby ze stanu polepszenia lub pogorszenia powziąść ostateczną decyzyę w jednym lub drugim kierunku.

Streszczając powyższe uwagi, uważam klimat zakopański za wskazany dla takich suchotników, którzy mają świeże, nierozległe nacieki, i niegorączkują, lub też wykazują tylko nieznaczne wzniesienia ciepłoty; nie mniej wskazane jest Zakopane i dla suchotników z dawniejszemi i rozleglejszemi zmianami w płucach, lecz niewyniszczonych, nie wysoce anemicznych ze słabem i częstem tętnem, trawiących i śpiących dobrze. Tacy mogą liczyć stanowczo na polepszenie swego stanu i to są ci, co błogosławią Zakopane i głoszą jego zbawienny wpływ na ludzi piersiowych.

Zakopane stanowczo szkodzi w późnych okresach suchot płucnych, w zakażeniach mięszanych, wyróżniających się szybkim rozpadem płuca i wysoką gorączką, w rozpoczętem już uogólnianiu się gruźlicy prosówkowej, zwłaszcza w zajęciu jelit, gruczołów chłonnych, krtani i t. d. i t. d.

Przedewszystkiem chorych tych nie należy ruszać z miejsca, gdzie przebywają, a tem mniej wysyłać do Zakopanego, gdzie ostro występujące pogorszenie, przyspiesza fatalny koniec. To są ci chorzy, którzy do śmierci złorzeczą Zakopanemu i obniżają jego wartość leczniczą.

Uwagi powyższe oparłem na skrzętnie spisanych historyach chorób 400 suchotników, leczonych w ciągu kilku lat przeze mnie, i na nich zakończam rzecz o wartości powietrza zakopańskiego w leczeniu klimatycznem suchot płucnych.

Dr. B. Chwistek.

VII. VIII. Zjazd chirurgów polskich w Krakowie

dnia 13, 14 i 15 Lipca b. r.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 32).

IX. Prof. O b a l i ń s k i: „Jeszcze w sprawie wykluczenia pętli jelitowej, z zupełnem tejże zaszyciem“.

(Wykład drukowany w Nrze 32. *Przeglądu lek.).*

K l e c k i przed 3 laty na Zjeździe, przedstawiając wyniki swoich doświadczeń na psach, wyraził zdanie, że operacya wykluczania pętli jelitowych nie będzie miała wielkiej przyszłości w chirurgii. Niebezpieczeństwo, jakie powoduje obecność wykluczonego i zamkniętego odcinka jelita w jamie brzusznej, zależy w pierwszym rzędzie od zmian zachodzących w samych ścianach tego jelita. Jeżeli ściany te są prawidłowe, jeżeli krążenie w nich odbywa się należycie, to zbytniego nagromadzenia kału obawiać się nie potrzeba. Przeciwnie, jeżeli naczynia krezkowe zostaną uciśnięte i powstaną stąd zaburzenia w krążeniu i odżywianiu ściany jelitowej, to ilość treści zwiększy się znacznie dzięki przesiąkaniu, nastąpią sprawy fermentacyjne pod wpływem znajdujących się tam bakteryj, wywiążą się gazy, co wszystko razem sprowadzi ogromne rozszerzenie odcinka jelitowego, dochodzące aż do pęknięcia. Naturalnie tem więcej przyczyniają się do tego zmiany zachodzące w samej ścianie, jak bujanie nowotworowe, rozpad i t. p.

D r o b n i k przytacza wyniki doświadczeń Hermana i swoich, robionych w jego pracowni. Stronę bardzo ważną, ze względu na następstwa takiego wykluczenia, stanowi treść wykluczonej pętli. Jeżeli jest to rzeczywisty kał, zawierający wydzielinę gruczołów kiszkowych, resztki pokarmowe, masy bakteryj, a częstokroć i pasorzyty kiszkowe, to po wykluczeniu odbywają się nader szybko sprawy przesiąkania i fermentacyi, powodujące ogromne rozszerzenie, albo i pęknięcie jelita z następowem zapaleniem otrzewny. Jeżeli zaś ten odcinek kiszki przed zaszyciem przemyć bardzo dokładnie płynem antyseptycznym, choć tu działaniu przeciwgnilnemu nic przypisuje D. znaczenia, to wynik jest zupełnie odmienny. Zabiwszy zwierzę po 2—3 dniach znajdujemy wykluczoną pętlę mocno napiętą i wypełnioną płynną treścią, po 6 dniach napełnienie to jest znacznie mniejsze, a po 2—3 tygodniach znajduje się taką pętlę zupełnie ściągniętą, skurczoną, wypełnioną twardawą masą szarą, zawierającą dużo soli wapniowych i wielką ilość bakteryj. Z tego więc wynika, że wykluczone jelito wydziela przez czas dłuższy, prawdopodobnie odruchowo, lecz z czasem, pod wpływem może znacznego napięcia ścian czy innej przyczyny, wysiękanie ustaje i zwolna rozpoczyna się wsysanie części płynnych, w jelicie zawartych i pozostaje tylko zbita masa. Te doświadczenia fizyologiczne znalazły zupełne potwierdzenie w jednym przypadku, u człowieka, operowanym przez D. Nie mogąc wyciąć dużego guza krezki, zrośniętego ściśle z jelitem, wykluczył D. cały odnośny odcinek jelita i, po zeszyciu przewodu jelitowego, zaszył jeden koniec wykluczonej pętli, drugi zaś wszył w ścianę brzuszną. Początkowo wydzielina była znaczna, z czasem zaś tak się zmniejszyła, iż D., chcąc uwolnić chorego od przykrości posiadania przetoki, zaszył ten drugi koniec, i wynik był dobry. Dlatego więc radzi D., jak i wielu innych chirurgów, zawsze jeden koniec wszywać w powłoki brzuszne, aby nie narażać chorego na niebezpieczeństwo, mające wyniknąć z wpuszczenia wykluczonej pętli do jamy otrzewny, a dopiero później, o ile wydzielina na to pozwoli, zaszyć ten koniec zupełnie.

B a r ą c z omawia operowany przez siebie przypadek i wyraża zdanie, że wykluczenie zupełne robić możnaby daleko częściej, trzebaby tylko pętlę wykluczoną wszywać w ranę ściany brzusznej, ażeby w ten sposób umożliwić otwarcie na zewnątrz i opróżnienie zawartości tej pętli.

R y d y g i e r nie jest zwolennikiem tej operacyi i mało widzi do niej wskazań. Gdzie jest możliwe, robi zupełną rezekcyę jelita i wyłuszczenie części chorej, gdzie zaś wycięcie jest niemożliwe, tam wykonuje enteroanastomozę pętli jelita,

leżącego powyżej, z pętlą leżącą poniżej guza. Tak też postąpił w jednym przypadku u kobiety, mającej wielki guz w brzuchu i przetokę kałową.

B o s s o w s k i przytacza dane, odnoszące się do tego przypadku, który obserwował z prof. Rydygierem. Mianowicie, u jednej chorej, mającej w jamie brzusznej guz znacznych rozmiarów, powodujący objawy niedrożności jelit, wykonał prof. Obaliński laparotomię i, przekonawszy się o niemożliwości wydobycia guza, zrobił *anus praeternaturalis*, a jamę brzuszną zaszył. Drożność przewodu jelitowego częściowo wróciła, pozostała jednak wydzielająca przetoka kałowa, z którą zwróciła się ta chora po jakimś czasie do kliniki prof. Rydygiera. Prof. R. przystąpił do laparotomii z zamiarem usunięcia przetoki i wycięcia guza, który rozmiarami równał się wówczas wielkości głowy dziecka; wyłuszczenie okazało się jednak niemożliwem, przeto prof. R. zrobił enteroanastomozę pomiędzy jelitem cienkiem i *colon ascendens* i wyciął przetokę. Chora w stanie względnie dobrym, zupełnie wygojona, poszła do domu i w pół roku później odbyła połóg w klinice akuszeryjnej, po którym, w parę tygodni, zmarła. Przy sekcyi okazało się, że punktem wyjścia całego cierpienia była kiszka ślepa, zajęta gruźlicą; a skutkiem zapalenia i powstałych zrostów, utworzył się ów guz znacznych rozmiarów, powodujący przed tą pierwszą operacyą objawy niedrożności jelit. Obecnie guz ów był wielkości małej pięści dziecka, przytem można było się przekonać, że krążenie mas kałowych odbywało się prawie wyłącznie drogą nowo utworzoną przez enteroanastomozę, część zaś wykluczona z obiegu była zupełnie skurczona i nie zawierała kału.

Drugi dzień Zjazdu dnia 14. Lipca.

X. Prof. J o r d a n: „O wynikach trwałych operacyjnego leczenia opadu jajników“.

Przed 2 laty, na Zjeździe we Lwowie, podał J. metodę leczenia opadu jajników, bez uciekania się do trzebienia, polegającą na skróceniu więzadeł jajnikowo-miedniczych, przez założenie i związanie szwu kapciuchowego. W tymże samym celu, prawie jednocześnie, podali swe sposoby operacyjne Emlach z Londynu i Saenger z Lipska, starając się unieść ku górze i przymocować jajniki przez przyszycie ich do otrzewny bocznej ściany miednicy. Obie te metody, aczkolwiek mogą dać dobre wyniki, mają tę stronę ujemną, że wytwarzają nienormalne stosunki anatomiczne, a mianowicie rodzaj kieszeni w otrzewnie, mogącej dać początek przepuklinie wewnętrznej. Z tego względu operacya proponowana przez J., który ją nazywa *oophoropexia* zasługuje może na pierwszeństwo. Trudniejsze jest postępowanie tam, gdzie opad jajników połączony jest z tyłozgięciem macicy. Tu noszenie krążków najczęściej jest niemożliwe, gdyż powodują ogromne bóle i obrzęk jajników. Wskazanem jest jedynie leczenie operacyjne. Metody operacyjne, dążące do usunięcia *retroflexio uteri*, przez skrócenie fałdów Douglasa i przymocowanie szyjki macicznej, nie dają pewnych wyników, a nadto mogą w następstwie powodować *retroflexio fixata*. Pozostają więc sposoby, mające na celu ustalenie samego trzonu, albo przez bezpośrednie przyszycie, albo przez odpowiednie skrócenie więzadeł macicznych. Tu należą: 1) *ventrofixatio*, 2) *vaginofixatio* i operacya Aleksandra Adamsa.

Pierwsza z nich rzeczywiście utrzymuje macicę w bardzo dobrem położeniu i leczy opad jajników, daje więc wyniki zupełnie zadawalniające. Jednakże w ostatnich czasach coraz więcej mnoży się w literaturze opisów, świadczących o fatalnym jej wpływie na przebieg ciąży. Sam J. obserwował 2 przypadki porodów u kobiet, u których wykonano *ventrofixatio*, ukończone szczęśliwie tylko dzięki bardzo energicznej pomocy akuszeryjnej. 2) *Vaginofixatio* przedstawia wartość daleko niższą, gdyż stwarza stosunki anatomiczne nadzwyczaj wadliwe; w skutek zgięcia trąbek chore bardzo rzadko zachodzą w ciążę; w razie zajścia 27% z nich roni, u tych wreszcie, które mogą donosić, przebieg ciąży bardzo ciężki tak, że Olshausen i Graefe musieli wykonać cięcie cesarskie, aby uratować chorą. Nadto wszystko u 25% następują nawroty i macica znów przyjmuje dawne wadliwe ułożenie. 3) Operacya Al. Adamsa polega na skróceniu więzadeł okrągłych macicy. Stanowi ona zabieg, aczkolwiek trudny technicznie, zato bardzo łagodny dla chorej i, w przypadkach tyłozgięć świeżych i wolnych, daje wyniki wyborne tembardziej, że nie wpływa źle na przebieg ciąży. W przypadkach zaś starszych zasługuje na pierwszeństwo postępowanie Matlakowskiego, który po zrobieniu laparatomii, skraca więzadła maciczne i stara się o wywołanie zrostu jajników z otoczeniem, w odpowiedniem miejscu. Wywody swe streszcza J. następująco:

W przypadkach opadu samoistnego jajników najodpowiedniejszem postępowaniem jest *oophoropexia*; jeżeli opad taki połączony jest z tyłozgięciem macicy, to w przypadkach świeżych należy stosować operacyę Al. A d a m s a, w przypadkach zaś tyłozgięcia starszego i ustalonego — operacyę M a t l a k o w s k i e g o, którą łączyć można z dodaniem *oophoropexiae*.

B o g d a n i k wykonał *ventrofixatio* w jednym przypadku wypadnięcia macicy, i to w 3-im miesiącu ciąży. Wynik był dobry i poród odbył się później zupełnie prawidłowo.

J o r d a n przekonał się, że w przypadkach wypadnięcia macicy *ventrofixatio* daje wyniki niepewne i należy macicę podnosić bardzo wysoko, gdyż inaczej blizna później łatwo się rozciąga, a macica opada napowrót. W bardzo zaś posuniętych przypadkach lepiej już robić odrazu wycięcie macicy. W jednym przypadku wypadnięcia macicy z tyłozgięciem znacznego stopnia wykonał J. *ventrofixatio*, przyczem podczas operacyi stwierdził niezwykłą wielkość macicy. Na drugi dzień po operacyi wystąpiły u chorej bóle i odeszło łożysko, wraz z błonami płodowemi. Pokazało się, że chora przed dwoma tygodniami poroniła, wyszedł jednak tylko płód, a łożysko pozostało i dopiero *ventrofixatio* umożliwiło jego odejście.

XI. Prof. M a r s: „O leczeniu operacyjnem *pruritus vulvae*“. (Wykład ten drukowany w Nr. 31. *Przeglądu lekarskiego*).

U h m a spostrzegał przypadek świądu sromu w skutek liszaja (*herpes*), po wyleczeniu którego, ustąpił i świąd. Podobnież w przebiegu ciąży występuje świąd sromu. W jednym takim przypadku, idąc za radą prof. Marsa, usunął włosy i rzeczywiście świąd ustał; jednakże po niejakim czasie powrócił i ustąpił zupełnie dopiero po porodzie.

M a r s w wykładzie swym nie dotykał wcale strony przyczynowej świądu sromu. I ciąża i moczówka cukrowa i białe upławy i inne zaburzenia w ustroju mają związek etyologiczny z tem cierpieniem, nieprawidłowe zaś uwłosienie

jest właściwie tylko łącznikiem pomiędzy etyologią, a symptomatologią świądu.

XII. Dr. Rosner: „O leczeniu operacyjnem włókniako-mięsaków u nas, a we Francyi, Anglii i Niemczech, na podstawie własnych spostrzeżeń, zebranych w klinikach francuskich, angielskich i niemieckich“.

W obszernym wykładzie przedstawia R. wyniki swych spostrzeżeń, co do sposobów myomotomii w rękach operatorów różnych krajów. Zaznaczywszy silnie konserwatywny kierunek chirurgii angielskiej, wykonywającej operacyę tę jedynie dla wskazań życiowych, opisuje R. obszernie znakomite postępy techniki operacyjnej na tem polu u Francuzów, którzy doprowadzili do wysokiej doskonałości sposoby operowania przez pochwę (*morcéllement*); wreszcie przechodzi metody niemieckie, przeważnie laparatomijne, oparte na wydoskonaleniu postępowania aseptycznego. Wywody swe streszcza R. w następujących punktach:

Łącząc najsilniej w Anglii reprezentowany wzgląd na płodność i charakter płciowy kobiety, z francuską techniką i niemiecką aseptyką, należy: 1) operować tylko tam, gdzie wymagają tego ciężkie objawy; 2) operować z zasady radykalnie, 3) ponieważ metody pochwowe, lub pochwowo-brzuszne, dają rokowanie lepsze od brzusznych; stosować należy przedewszystkiem te pierwsze; gdzie zaś wielkość guzów, lub inne czynniki nie pozwalają na to, pochwowo-brzuszne według Rydygiera, wreszcie zaś metodę brzuszną Doyena; 4) odcięcie nadpochwowe wykonywać wyjątkowo tam tylko, gdzie całkowite wyjęcie macicy nie da się uskutecznić; 5) zabiegów konserwatywnych używać tylko w wyjątkowych przypadkach; 6) zaniechać zupełnie trzebienia, które mieszcząc w sobie wielką wadę, — pozbawienie kobiety cech płciowych, a nie ma najważniejszej zalety, — pewności wyleczenia.

XIII. Dr. Ziembicki: „Uproszczenie w postępowaniu przy wycinaniu wielkich włókniaków macicy“.

Wobec dokładnego opisu postępowania chirurgów francuskich przy myomotomii pochwowej, przedstawionego przez Dra Rosnera, ogranicza się Z. do opisania metody Lebeca, o której zaletach i prostocie mógł się przekonać w swoich przypadkach. Metodę tę, której opis ilustruje Z. pięknymi rysunkami, podzielić można na 6 następujących aktów: 1) wywalcowanie macicy przez tylne sklepienie i zabezpieczenie się od krwawienia *arter. uterinae* i *art. ovaricae*; 2) odłuszczenie pęcherza za pomocą cięcia płatowego i dostanie się do niższych części macicy; 3) odcięcie guza wraz z trzonem macicy, po założeniu węża gumowego w około części pochwowej; 4) podwiązanie naczyń części szyjnej macicy i przecięcie jej podłużne; 5) odcięcie szyjki, podwiązanie kikutów i wciągnięcie ich do wnętrza pochwy; 6) zeszycie pochwy lub tamponada, stósownie do zapatrywań operatora. Oprócz tego demonstruje Z. dwa olbrzymie włókniaki, zwyrodniałe torbielowato, które operował sposobem Lebeca.

XIV. Prof. Mars: „Przyrząd do badania *per rectum*“.

Wobec przykrości, jaką przedstawia dla akuszera badanie przez odbytnicę, szczególnie jeżeli potem ma iść do położnicy, kazał M. zrobić palce gumowe o bardzo cienkich ściankach, w kształcie kondomów. Oprócz ochrony palca badającego, mają one tę zaletę, że nie upośledzają bynajmniej czucia tego palca, nadto dadzą się z łatwością umyć i dezynfekować. Jedyną ich wadą jest dość wysoka cena (sztuka 15 ct.).

XV. Prof. Rydygier: „Leczenie zwichnięć wrodzonych w stawie biodrowym“.

W obec ważności tego cierpienia pod względem leczniczym i zainteresowanie, jakie budzi w obecnej dobie pośród chirurgów, przedstawia R. panujące poglądy na terapię zwichnień wrodzonych i opisuje dwie najwybitniejsze teraz metody lecznicze, a mianowicie: sposób leczenia operacyjnego Hoffy i sposób odprowadzania bezkrwawego Lorenza. Po ukończonym wykładzie wykonał prof. Rydygier odprowadzenie według Lorenza zwichniętej kości udowej w uśpieniu chloroformowem u chłopca 6-cioletniego, dotkniętego zwichnieniem wrodzonem prawostronnem, poczem założono choremu opatrunek gipsowy.

(Wykład ten w całości ogłoszonym zostanie w *Przeglądzie lekarskim*).

VIII. Wiadomości zawodowe.

Medycyna publiczna, Epidemiologia, Statystyka.

Izba lekarska wschodnio-galicyjska we Lwowie. Protokół z posiedzenia w dniu 30. Lipca 1896 r., odbytego celem ukonstytuowania się w myśl §. 9. ust. z d. 22. Grudnia 1891 r., w obecności komisarza rządowego radcy Dra Zdzisława Lachowicza.

Obecni członkowie nowo wybrani: Dr. Festenburg Edward, Dr. Mukowicz Edward, Dr. Pisek Wilhelm, Dr. Ziembicki Grzegorz jako zastępca, Dr. Ziemiański Leon, Dr. Muszkiet Karol, Dr. Wysocki Aleksander, Dr. Bylicki Władysław, Dr. Lechowski Wiktor, Dr. Eckhardt Józef i Dr. Sysak Gabryel.

Ustępujący prezydent Dr. Rożański podaje do wiadomości wynik wyborów z d. 30. Czerwca 1896., mianowicie:

I. Miasto Lwów. Głosujących 156. Wybrani na członków: Dr. Festenburg Edward 124 głosami, Dr. Mukowicz Edward 86 głos., Dr. Pisek Wilhelm 68 głos., Dr. Schramm Hilary 67 głos. Na zastępców: Dr. Ziembicki Grzegorz 96 głos., Dr. Świątkiewicz Michał 88 głos., Dr. Trzcieniecki Kazimierz 62 głos., Dr. Uhma Czesław 58 głos.

II. Powiaty: Przemyśl, Mościska, Jaworów, Cieszanów. Głosujących 31. Wybrany na członka: Dr. Ziemiański Leon, z Przemyśla, 29 głos. Na zastępcę: Dr. Kiebuziński Bazyli, z Przemyśla, 27 głos.

III. Powiaty: Rawa, Sokal, Kamionka, Żółkiew, Gródek. Głosujących 33. Wybrany na członka: Dr. Muszkiet Karol, ze Żółkwi, 25 głos. Na zastępcę: Dr. Jajus Miron, ze Sokala 11 głos.

IV. Powiaty: Brody, Złoczów, Brzeżany. Głosujących 36. Wybrany na członka: Dr. Wysocki Aleksander, ze Złoczowa, 22 głos. Na zastępcę: Dr. Sołtysik Stanisław, z Brodów, 18 głos.

V. Powiaty: Lwów, Rudki, Żydaczów, Bóbrka, Przemyślany, Rohatyn. Głosujących 31. Wybrany na członka: Dr. Bylicki Władysław, ze Lwowa, 23 głos. Na zastępcę: Dr. Kraetschmar Feliks, z Drohowyża 8 głos.

VI. Powiaty: Turka, Staremiasto, Sambor, Drohobycz, Stryj. Głosujących 34. Wybrany na członka: Dr. Lechowski Wiktor, z Drohobycza, 22 głos. Na zastępcę: Dr. Biegelmayer Alfred, ze Sambora, 21 głos.

VII. Powiaty: Dolina, Kałusz, Stanisławów, Bohorodczany, Tłumacz. Głosujących 41. Wybrany na członka: Dr. Żukowski Aleksander, ze Stanisławowa, 29 głos. Na zastępcę: Dr. Podłuski Mikołaj, z Bolechowa, 28 głos.

VIII. Powiaty Tarnopol, Zbaraż, Skałat, Trembowla. Głosujących 20. Wybrany na członka: Dr. Eckhardt Józef, z Tarnopola, 12 głos. Na zastępcę: Tenże 6 głos.

IX. Powiaty: Podhajce, Buczacz, Czortków, Husiatyn, Zaleszczyki, Borszczów. Głosujących 30. Wybrany na członka: Dr. Stoeckl Adolf, z Czortkowa, 12 głos. Na zastępcę: Dr. Koerner Edward, z Monasterzysk, 10 głos.

X. Powiaty: Nadwórna, Kołomyja, Horodenka, Śniatyn, Kosów. Głosujących 27. Wybrany na członka: Dr. Sysak Gabryel, z Kołomyi, 22 głos. Na zastępcę: Dr. Piaskiewicz, z Kołomyi, 19 głos.

Komisarz rządowy konstatuje ustawą wymagany komplet i wzywa obecnych członków do wyboru wydziału, t. j. prezydenta, jego zastępcy i 3 członków; jakoteż delegata do kraj. Rady zdrowia. Po krótkiej dyskusyi przystąpiono do wyboru za pomocą kartek. Skrutatorami wybrani Dr. Ziembicki Grzegorz i Dr. Mukowicz Edward, ogłaszają następujący wynik skrutynium, głosujących 11, wybrani:

Prezydentem: Dr. Festenburg Edward 10 głosami.

Zastępcą prezydenda: Dr. Bylicki Władysław 6 głos.

Członkami wydziału: Dr. Mukowicz Edward 10 głos., Dr. Pisek Wilhelm 9 głos., Dr. Schramm Hilary 10 głos.

Delegatem do kraj. Rady zdrowia wybrany Dr. Festenburg Edward, zastępcą Dr. Bylicki Władysław.

Nowo wybrany prezydent imieniem swojem i całego wydziału dziękuje za zaszczyt i zaufanie, poczem zawiadamia, że do Izby wpłynęło kilka protestów z zarzutami przeciw wyborowi Dra Żukowskiego Aleksandra ze Stanisławowa. Po krótkiej dyskusyi nie uwzględniono zarzutów, jako niedostatecznych, — i wybór Dra Żukowskiego uznano za ważny.

Wreszcie na wniosek Dra Lechowskiego, poparty przez Drów Eckhardta i Sysaka, uchwalono ogłaszać streszczone protokoły posiedzeń Izby i wydziału w *Przeglądzie lekarskim*, i rozsyłać po kilka odbitek tychże delegatom, by mogli udzielić ich tym członkom Izby, którzy *Przeglądu* nie prenumerują.

Na tem posiedzenie zamknięto.

Dr. Festenburg.

IX. Wiadomości bieżące.

Kraków dnia 13. Sierpnia 1896.

* Międzynarodowy Zjazd ginekologów i położników w Genewie rozpocznie się w dniu 31. Sierpnia 1896 r. Jest to termin ostateczny i nieodwołalny.

* Belgia należy do krajów najenergiczniej walczących z opilstwem: istnieją tam liczne stowarzyszenia, redagujące specyalne czasopisma i tanie wydawnictwa. Obecnie „związek" przystąpił do zbiorowego wydania „biblioteki przeciw opilstwu", którą po najniższej cenie zamierza rozsprzedawać.

* Szwedzka Rada państwa opracowuje ustawę o obowiązkowej rewakcynacyi, — pomimo, że ospa w Szwecyi od niepamiętnych lat wygasła. Pierwszym krajem, który szczepienie ochronne przeciw ospie uznał i uczynił obowiązkowem już w r. 1816, była właśnie Szwecya.

* „*Odesskija Nowosti*" donoszą, że Rada państwa zatwierdziła uchwałę odeskiego zarządu miejskiego, mocą której ma być wypłacone z funduszu miejskiego 500.000 rubli na potrzeby organizującego się Wydziału lekarskiego przy wszechnicy odeskiej.

* Wszechnice amerykańskie, w Bostonie i Ohio, dążąc do wykorzenienia zwyczaju palenia tytoniu, wystąpiły już z ram teoretyczno-moralnych, i zagrażają w Bostonie wydaleniem każdemu słuchaczowi, którySby palił tytoń w obrębie budynku uniwersyteckiego; jeszcze szerszy zakaz wydała wszechnica w Ohio i inne. Oczywiście ta droga nie doprowadzi do zamierzonego celu.

* W pierwowzorze zachodnio - europejskiego człowieka naszych czasów tkwi jakaś niekonsekwencya: ci sami Anglicy, którzy posiadają liczne stowarzyszenia dla ochrony zwierząt, i występują tak gwałtownie przeciw wiwisekcyom, — tłumnie i obojętnie przypatrują się w Londynie kobiecie, skaczącej dla zarobku z wysokości 150 stóp, i mogącej w każdej chwili, jeśli nie postradać życia, to przynajmniej połamać kości. Przypomina to tego wodza, który wyrznąwszy przedmieszczan zdobytego grodu, rozczulił się nad kulejącym indykiem.

* Prof. A. Bagińsky przedstawił na posiedzeniu berlińskich internistów (13. Lipca) czaszkę 3-letniego chłopca, który spadłszy do klatki schodowej, w ciągu 12 dni, prócz bólu głowy, i od czasu do czasu wymiotów, nie zdradzał innego cierpienia. Nagle, koło 12-go dnia po wypadku, stracił przytomność i został przyniesiony do szpitala, gdzie wkrótce umarł. Sekcya wykazała złamanie kości czołowej lewej, ze szczeliną, biegnącą ku oczodołowi i podstawie mózgu. Zagłębienia: średnie i tylne na podstawie czaszki były zalane krwią; mózg w tych miejscach był jakby poszarpany, a na powierzchni pokrywała go warstwa ropy. W cieczy wydobytej przez nakłócie lędźwiowe błon rdzeniowych, wykazano paciorkowca i gronkowca, co upoważniło Bagińskyego do wczesnego rozpoznania ropnego zapalenia opon mózgowych.

* Kozłkan kreozotowy (*Creosotum valerianicum*) został zbadany przez Grawitza w berlińskiej klinice Gerhardta. Nowy przetwór kreozowy wyróżnia się tem, że nie ma żadnego zapachu, stanowiącego ujemną stronę innych przetworów kreozotu. Cierpiący na płuca i przewód pokarmowy doskonale znoszą ten lek płynny, który Grawitz polecał w kapsułkach po 0·2 od 3 do 9 kapsułek dziennie. Żadnego ujemnego działania Grawitz nie spostrzegał.

○ Od kilku lat istnieje w Bośnii instytucya kobiet-lekarzy rządowych. Powodem jej powstania jest niechęć mahometanek do leczenia się u lekarzy-mężczyzn. Skutkiem tej niechęci trudną jest rzeczą wywrzeć jakikolwiek wpływ na stosunki sanitarne domowe, u wyznawców koranu. Wobec tego zaś, że mahometanie stanowią 35% ludności w Bośnii, była to rzecz nie małej wagi. Rząd Hercogowiny i Bośnii zniewolony był ustanowić posadę lekarza-kobiety z roczną pensyą 1000 złr., a oprócz tego 200 złr. na mieszkanie i 400 złr. dodatku, z prawem do emerytury. Obowiązkiem tych lekarzy-kobiet jest leczyć mahometanki miasta, które zamieszkują, oraz i okolicy, i to ubogie — bezpłatnie. Mają się one jednocześnie informować o stosunkach sanitarnych i zdawać o tem sprawozdania. Wolno im leczyć również mężczyzn i dzieci. Dotąd dwie takie posady zostały obsadzone, jedną z nich objęła Drka Krajewska, drugą Drka Keck.

— **Nekrologia.** Zmarli: Dr. **Dobruchowski Adam**, lekarz domu karnego w Wiśniczu. Pochodził z Królestwa Polskiego, nauki lekarskie odbył w Krakowie, poczem osiadł w Wiśniczu, gdzie dokonał żywota nagle, w drodze do chorego. Śmierć ta w Krakowie wywarła wstrząsające i bolesne wrażenie, gdyż jeszcze przed kilku dniami oglądaliśmy go wśród nas, jak zawsze z pozorami wybornego zdrowia. Szanowany i ceniony za życia, pozostawił szczery i trwały żal po sobie. — Dr. **Obrębski Henryk**, lekarz teatrów warszawskich i zarządu pałaców cesarskich — zmarł w 63 roku życia w Warszawie. — Prof. położnictwa **Pajot** — umarł w Paryżu w 80 roku życia.

Artykuły oryginalne mieszczące się w czasopismach lekarskich polskich. W *Gazecie lekarskiej* Nrze 32. Dra M. Rejchmana: O elektrycznem prześwietlaniu żołądka w celach rozpoznawczych. Dra Białokura: O stosunku niedokrewności złośliwej do zaniku błony śluzowej żołądka. Dra Janowskiego: O Flagellatach (wiciowcach) w wypróżnieniach ludzkich i o ich znaczeniu w patologii przewodu pokarmowego. — W *Medycynie* Nrze 32. Dra L. Korczyńskiego: Rozwój i obecne stanowisko hematologii klinicznej. Dra Ehrlicha: Kilka uwag o postępowaniu przy ciąży pozamacicznej jajowodowej. — W *Pamiętniku Tow. lek. warsz.* (Zeszyt II.) Dra J. Surzyckiego: O nerwicach urazowych, oraz kilka uwag o przypadkach obserwowanych w klinice. Dra L. Korczyńskiego: O nagminnem zapaleniu opon mózgo-rdzeniowych. Dra Ed. Przewoskiego: Torbiel na miejscu zastawki półksiężycowej aorty, flebolit przedsionka prawego serca, zatoka żylna dołka owalnego. Dra Ed. Przewoskiego: *Anomalae chordae tendineae cordis humani. Valvula venae cavae superioris.* Dra Ed. Przewoskiego: Nieprawidłowe, czarne zabarwienie osierdzia. Dra Ed. Przewoskiego: Nadmiernie długie mięśnie brodawkowate serca. Dra Faytta: O stosunkach topograficznych moczowodów do pęcherza i macicy.

Redakcya otrzymała:

— Dr. Ludomił Korczyński: Uwagi kliniczne w sprawie ropnych zapaleń w następstwie kamicy żółciowej. Warszawa, 1896.

Redaktor odpowiedzialny: **Dr. August Kwaśnicki.**

L. 2177.

KONKURS.

Na mocy ustawy z dnia 2. Lutego 1891. Dz. ust. kraj. Nr. 17. Wydział powiatowy w Jaśle rozpisuje konkurs na posadę lekarza okręgowego w Krempnie.

Stała płaca wynosi 600 złr. i ryczałt na koszta podróży 400 złr. — Lekarz w Krempnie obowiązany będzie utrzymywać aptekę domową. Do okręgu sanitarnego w Krempnie należy 13 gmin z powiatu jasielskiego z ludnością 6017. — oraz 6 gmin z powiatu gorlickiego.

Kandydaci do podań winni dołączyć: 1) Dyplom ukończonych wszech nauk lekarskich; 2) Świadectwo lekarza powiatowego stwierdzające zdolność fizyczną; 3) Metrykę urodzenia, że nie przekroczyli 40 roku życia; 4) Świadectwo złożonego egzaminu fizykackiego, lub że kandydat już odbył dwuletnią praktykę w zawodzie lekarskim; 5) Znajomość języka niemieckiego jest potrzebną.

Podania wraz z dowodami wnosić należy do Wydziału powiatowego w Jaśle, termin upływa z dniem 31. Sierpnia 1896 roku.

Z Wydziału powiatowego.

Jasło dnia 21. Lipca 1896. 154—3—2

Ceny znacznie zniżone.

Chemiczno-farmaceutyczne laboratorium

„HYGEA“

MARYANA ZAHRADNIKA

w ZŁOCZOWIE

poleca **kapsułki i perełki** lecznicze

uznane przez Towarzystwo lekarskie krakowskie

za najlepsze i najtańsze.

Cena za pudełko = 100 sztuk lub 2 pudełka po 50 sztuk.

Camphora monohrom. 0·05. Ol. Amyg. 0·20 **1 złr. 50 ct.**
Guajacol 0·05. Ol. Amyg. v. Jecoris 0·10 v. 0·25 **1 złr. 20 ct.**
„ **0·10**. Ol. Amyg. v. Jecoris 0·20 **1 złr. 40 ct.**
„ 0·05. Ol. Amyg. 0·20 Natr. arsen. 0·001 **1 złr. 40 ct.**
„ 0·05. Ol. Morrhuol 0·20 **1 złr. 80 ct.**
„ 0·05. Morrhuol 0·20 Natr. arsen. 0·001 **2 złr.**
Kreosot 0·05 Bals. tolut. 0·20 **1 złr. 20 ct.**
„ 0·05 Bals. tolut. 0·20 Natr. arsen. 0·001 **1 złr. 40 ct.**
„ **0·10** Bals. tolut. 0·20 **1 złr. 20 ct.**
„ 0·05 Morrhuol 0·20 **1 złr. 60 ct.**
„ 0·05 Morrhuol 0·20 Natr. arsen. 0·001 **1 złr. 80 ct.**
„ 0·05 Ol. Amyg. v. Jecor. 0·10 v. 0·25 **1 złr.**
„ 0·10 Ol. Amyg. v. Jecor. 0·20 **1 złr. 20 ct.**
„ 0·05 Ol. Amyg. 0·20 Natr. arsen. 0·001 **1 złr. 20 ct.**
Morrhuol (Mercis) 0·20 **1 złr. 50 ct.**
Myrtolum (Mercis) 0·15 **2 złr. 50 ct.**

Główny skład dla Krakowa w aptece WP. Otowskiego.

Przy zapisywaniu proszę **nie opuszczać godła „Hygea“** lub **firmy „Zahradnik“** celem uniknienia wydawania innych wątpliwej jakości i o wiele droższych wyrobów.

Część zysku przeznaczam na budowę Domu akademickiego.

54—x—13 *Maryan Zahradnik.*

Zakład wodoleczniczy i sanatoryum

Dra A. MAJEWSKIEGO

we Lwowie

przyjmuje chorych z zupełnem zaopatrzeniem i dochodzących do kuracyi.

Pensyonat dla leczących się u pp. specyalistów. 70—x—29

Zniżenie cen.

Wydawnictwo dzieł lekarskich polskich

w Krakowie

chcąc uczynić łatwiejszem nabycie swoich wydawnictw

zniża cenę

1) Seryi I. Ropraw z medycyny praktycznej na 2 złr. oraz Seryi II. Rozpraw z medycyny praktycznej również na 2 złr. (zamiast 3 złr.).

Kupującym na raz Seryę I. i II. odstępuje po cenie 3 złr. (zamiast 6 złr.).

Po cenie zniżonej nabyć można tylko w Administracyi Kraków, Floryańska 13. 157—x—1

2) Higiena żywienia przez prof. Dujardin Beaumetza w przekładzie polskim dokonanym przez Dra Z. Dobieszewskiego zniżona na 1 złr. (cena księgarska 2 złr.). — Nabyć można we wszystkich znaczniejszych księgarniach.

Tlen do wdychiwań balon 1 złr. 20 ct.
Pastilli Thyreoidei à 0·25.
Pastilli Thyeroidini à 0·05.
Sterylizacya.
Przyrządy do mikroskopowania i barwiki

poleca Apteka **E. HELLERA**

Kraków, ulica Grodzka. 84—x—15

Dr. Bulikowski

ordynuje w tym roku jak po inne lata od **I. Maja do końca Września**

w Gleichenbergu

V. Possenhofen. 82—10—10

MARJÓWKA

MARJÓWKA

ZAKŁAD wodoleczniczy obok Lwowa p. Lwów.

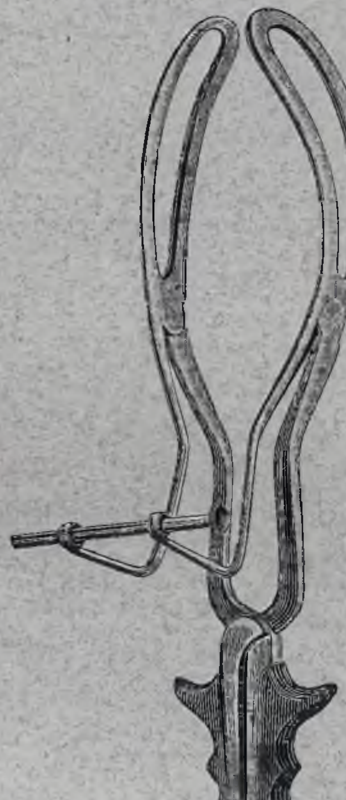
w uroczej od wiatrów ochronionej okolicy, otoczony lasami w znacznej części szpilkowemi, wielki komfort, kompletne urządzenie działu hydropatycznego, nowe ważne urządzenia i zaprowadzenia, dwukomorowe elektryczne kąpiele systemu profesora Gärtnera. Lignosulfit inhalacye. Znakomita kuchnia w własnym zarządzie. *Skromne ceny.* Stała i tania komunikacya. — Lekarz kierujący Dr. Józef Lippa (w zimie praktykujący w Meranie), b. asystent powsz. Polikliniki w Wiedniu, uczeń prof. Dr. M. Winternitza, długoletni kierownik pierwszorzędnych zakładów wodoleczniczych. Bliższych informacyj udziela:

Zarząd Marjówki, poczta Lwów. 140—6—4

Telefon Nr. 84. **UWAGA:** Stawy spuszczone, łąki osuszone.

MARJÓWKA MARJÓWKA MARJÓWKA








Nakładem Tow. lek. krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.